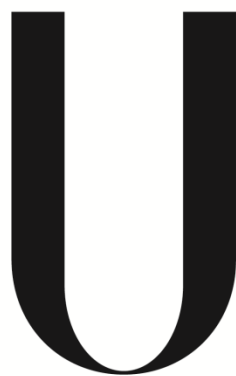


UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

**A IMPORTÂNCIA DO MÉDICO DENTISTA NO DIAGNÓSTICO DE LESÕES
POR MAUS-TRATOS INFANTIS: TIPOS DE LESÕES E ENQUADRAMENTO
NA MOLDURA PENAL PORTUGUESA**

Raquel Maria Gonçalves Banheiro

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2014

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA



**A IMPORTÂNCIA DO MÉDICO DENTISTA NO DIAGNÓSTICO DE LESÕES
POR MAUS-TRATOS INFANTIS: TIPOS DE LESÕES E ENQUADRAMENTO
NA MOLDURA PENAL PORTUGUESA**

Raquel Maria Gonçalves Banheiro

Dissertação orientada pela Professora Doutora Cristiana Palmela Pereira

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2014

Resumo

A literatura refere que os maus-tratos na infância e juventude compõem um problema à escala global que ultrapassa etnias, religiões, culturas, classes económicas e sociais. É também referido que mais de metade das lesões por maus-tratos ocorrem na cabeça e na face, sendo a cavidade oral sede de múltiplas lesões. Assumindo as estruturas orofaciais particular relevância, o médico dentista deve saber observar, reconhecer os indicadores e diagnosticar corretamente as lesões por maus-tratos. Esta revisão científica teve por objetivo perceber que tipos de lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço podem ser associadas aos maus-tratos de crianças e jovens. Foi pesquisada uma base de dados primária por forma a que fossem adquiridos artigos do tipo revisão sistemática ou meta-análise, relato de caso ou série de casos sobre lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis. As referências mencionadas nos trabalhos adquiridos na pesquisa eletrónica foram pesquisadas manualmente e os autores de todos os trabalhos possivelmente relevantes foram contactados. Em todas as pesquisas foram aplicados critérios de exclusão e inclusão. Dos vinte e dois artigos incluídos, dois são revisões sistemáticas e vinte são do tipo relato de caso ou série de casos. Os vinte artigos do tipo relato de caso ou série de casos expõem informação sobre trinta e cinco casos clínicos incluídos. Apesar das limitações da evidência científica, é possível concluir que a cavidade oral e a região da cabeça e do pescoço são sede de múltiplas e variadas lesões por maus-tratos de crianças e jovens.

Abstract

The literature states that maltreatment in childhood and youth make up a problem on a global scale that exceeds ethnicities, religions, cultures, social and economic classes. It is also said that more than half of the injuries from maltreatment occur in the head and face. Oral cavity headquarters multiple lesions. Assuming the particular relevance of orofacial structures, the dentist must know how to observe and recognize the indicators and properly diagnose the injury by maltreatment. This scientific review aimed to understand what types of intraoral lesions, signs or external injuries of the head or neck can be associated with child maltreatment. One primary database was researched so that systematic review articles and meta-analyzes, case report or case series of intraoral lesions, signs or external lesions of the head or neck by child maltreatment were acquired. The references in the works acquired by electronic search were manually researched and the authors of all potentially relevant papers were contacted. In all researches inclusion and exclusion criteria were applied. Of the twenty two papers included two are systematic reviews and twenty are case reports or case series. The twenty articles case report or case series kind expose information from thirty-five clinical cases included. Despite the limitations of scientific evidence, it can be concluded that oral cavity and head and neck regions are home to multiple and diverse injuries by maltreatment of children and youngsters.

Palavras-chave

Revisão, Lesões, Maus-tratos, Crianças, Jovens

Keywords

Review, Lesions, Maltreatment, Children, Youngsters

Dedicatória

Dedico este trabalho a quem me apresentou com perspicácia, inteligência e ousadia o método científico, a Eng.^a Júlia Alves, professora e querida amiga.

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Cristiana Palmela Pereira, pela condução deste trabalho, pela sua “evangélica paciência” e prontidão de auxílio.

Agradeço ao Dr. Daniel Alves pela inesgotável disponibilidade.

Agradeço o apoio e a amizade da Dra. Ana Branco, da Dra. Filipa Cruz e da colega Joana Luzia.

Agradeço aos meus pais, Odete e António Banheiro, que sempre tive por baluarte e que tanto amo.

Índice

Resumo	i
Abstract	ii
Palavras-chave/keywords	iii
Dedicatória	iv
Agradecimentos	v
Introdução	1
Considerações legais, penais e deontológicas	6
Objetivo	8
Métodos	8
Pesquisa de meta-análises ou revisões sistemáticas	8
Pesquisa de casos clínicos e séries de casos	11
Pesquisa manual	15
Contacto com os autores dos estudos relevantes e possivelmente relevantes	18
Resultados	19
Ponderação das revisões sistemáticas incluídas	19
Fatores analisados	20
Discussão	27
Conclusões	30
Referências bibliográficas	1A
Anexos	1B
Anexo I	1B
Anexo II	2B
Anexo III	3B
Anexo IV	4B
Anexo V	18B
Anexo VI	22B
Anexo VII	24B
Anexo VIII	29B
Anexo IX	34B

Introdução

Ambroise Tardieu e, anos mais tarde, Henry Kempe e John Caffey, foram pioneiros no estudo dos maus-tratos na infância (Marchand, 2012), cuja detecção e denúncia condicionam a segurança e o tratamento das crianças maltratadas (Crespo, 2011).

Apesar da violência contra as crianças e jovens ser veemente condenada na sociedade atual e das inúmeras campanhas de alerta e de prevenção, os maus-tratos persistem com um problema global e frequente (Crespo, 2011).

De acordo com a *Child Abuse Prevention and Treatment Act* americana, o abuso infantil constitui qualquer ato ou ausência deste de que resulte a morte, lesão física ou psicológica grave, exploração ou risco eminente de lesão grave de uma criança, o qual seja perpetrado pelos pais ou outros educadores responsáveis por esta - contexto familiar e institucional (Davidson, 1995; Crespo, 2011).

Entre outros, reconhecem-se quatro tipos principais de abuso infantil: o abuso físico (maus-tratos), o abuso sexual, o abuso emocional e a negligência (Kellogg, 2007; Crespo, 2011; Somani, 2011). Os maus-tratos referem-se a qualquer ação não acidental que provoque ou possa provocar dano físico com repercussões na saúde, sobrevivência, desenvolvimento e dignidade, podendo ser produzido por traumatismos com ou sem recurso a instrumentos - empurrar, bater, pontapear, abanar, espancar, morder, queimar, entre outros (Kellogg, 2007; Crespo, 2011).

A *shaken baby syndrome*, descrita pela primeira vez por John Caffey (Deputy, 2003), constitui uma forma devastadora de maus-tratos (Altimier, 2008). As características clínicas que surgem na síndrome incluem a tríade de hemorragia retiniana, subdural e/ou subaracnoídea – estando a prevalência da hemorragia retiniana associada à gravidade da lesão cerebral (Lee, 2008) -, em crianças com alguns ou nenhuns sinais externos de trauma (Altimier, 2008).

Ao abanar a criança manualmente (Uscinski, 2002) o impacto ou o abanão ou a combinação deste podem produzir lesões por fazer com que a cabeça da criança sofra movimentos de aceleração/desaceleração, podendo criar deslocações do encéfalo dentro do crânio (Duhaime, 1998; Krous, 1999; Altimier, 2008).

A síndrome de Munchausen por procuração constitui uma forma particular de maus-tratos na qual os cuidadores da criança fabricam os sinais e os sintomas de uma doença, não existindo uma apresentação típica para esta síndrome (Stirling, 2007). As suspeitas podem surgir quando os pais não interpretam corretamente ou exageram comportamentos normais, variando os casos entre a fabricação aparente de sintomas à provocação dos mesmos (Stirling, 2007).

Os maus-tratos podem causar efeitos nocivos na saúde e desenvolvimento das crianças e jovens no curto e no longo prazo (Perepletchikova, 2010; Wong, 2013). As lesões por maus-tratos, particularmente as lesões cerebrais traumáticas, podem resultar em incapacidade significativa de longo termo, incluindo convulsões, espasticidade, cegueira, paralisia e atraso mental (Kellogg, 2007). Contudo, lesões menores como as que podem ser infligidas na disciplina física, não requerendo cuidados médicos, podem ser ocultadas (Kellogg, 2007).

Para além das lesões físicas, os maus-tratos não mortais condicionam ainda sequelas psicológicas graves como comportamentos agressivos, hiperatividade e défice de atenção, baixo desempenho escolar, limitações no funcionamento cognitivo, ansiedade, depressão, perturbações de interacção social e emocional (Kellogg, 2007; Crespo, 2011).

Os maus-tratos na infância compõem um problema à escala global que ultrapassa etnias, religiões, culturas, classes económicas e sociais (Kellogg, 2007; Crespo, 2011).

A dificuldade em identificar certos tipos de maus-tratos relacionada com a tolerância social relativa a certas práticas - castigos físicos (Durrant, 2008) -, a ocultação dos maus-tratos por parte das vítimas e daqueles que lhes são próximos, as dificuldades em estabelecer o diagnóstico diferencial destes casos com outras etiologias e a não sinalização às entidades competentes pelos técnicos que a tal estão obrigados pela lei leva a que seja impossível determinar a incidência dos maus-tratos de crianças e jovens, bem como a extensão da morbilidade e mortalidade que lhes estão associadas (Kellogg, 2007; Hobbs, 2009; Crespo, 2011).

Estima-se que nos países europeus desenvolvidos e nos Estados Unidos da América a prevalência de maus-tratos infantis varie entre 5-35%, sendo que apenas 5% das ocorrências chegam a ser denunciadas às autoridades competentes (Crespo, 2011).

Em Portugal desconhece-se a real incidência do problema, sabe-se, contudo, que em cada ano são acompanhadas nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco milhares de crianças maltratadas (Crespo, 2011). O abuso (físico, sexual, emocional ou negligência) atenta contra o desenvolvimento físico, emocional e intelectual da criança, bem como contra a sua dignidade, segurança, bem-estar e, até, contra a sua própria vida (Crespo, 2011).

Para detetar situações de maus-tratos o clínico deve estar atento à informação verbal e não verbal transmitida, assim como aos sinais (indicadores físicos e biológicos, entre outros), sintomas e fatores de risco que lhe sejam dados a constatar (Crespo, 2011; Kellogg, 2007). A suspeita e sobretudo o diagnóstico não deverão basear-se apenas numa evidência, mas na conjugação de várias, devendo ter presente que a intervenção que irá ter lugar após a sinalização do caso é sempre multidisciplinar pelo que a informação sobre cada evidência constatada deve ser partilhada com os restantes profissionais que irão intervir no processo (Kellogg, 2007; Crespo, 2011).

Qualquer situação que condicione uma probabilidade aumentada de ocorrência de maus-tratos sobre uma criança, seja pelas características biológicas ou familiares da criança ou pelo próprio contexto sociocultural em que se insere é considerado um fator de risco para os maus-tratos (Crespo, 2011).

Os fatores de risco podem ser de ordem individual (da vítima e do perpetrador), sociocultural e familiar. Surgem frequentemente associados aos maus-tratos da criança e do jovem, devendo por isso ser do conhecimento do médico dentista para que quando identificados alertem para a possibilidade de existência de uma situação de maus-tratos, sendo também relevantes para a sua prevenção (Crespo, 2011). Assim, características físicas e psíquicas da criança como a vulnerabilidade em termos de necessidade, *handicap* físico ou psíquico, problemas crónicos de saúde, dificuldades na linguagem e aprendizagem, perturbações da conduta ou da personalidade constituem fatores de risco (Kellogg, 2007; Crespo, 2011). Da mesma forma, o acesso desigual à saúde, educação, cultura e lazer, o desemprego, a precaridade do emprego e das condições de habitação podem constituir fatores de risco (Kellogg, 2007; Crespo, 2011). Outros fatores de risco

são os familiares como pais adolescentes, filhos não planejados, mãe com vários companheiros que não o pai biológico da criança, família monoparental, família com muitos filhos ou com filhos de outras relações, escassa diferença etária entre irmãos, violência familiar, morte, separação ou rutura na estrutura familiar (Kellogg, 2007; Crespo, 2011). Também situações de delinquência, prostituição, alcoolismo, toxicodependência ou problemas psiquiátricos no seio da família constituem fatores de risco, ainda que inespecíficos (Kellogg, 2007; Crespo, 2011).

Consideram-se indicadores de maus-tratos os sinais e sintomas ou alterações no comportamento (indicadores psicológicos) que quando presentes façam suspeitar da existência de uma situação abusiva ou, pelo menos, da existência de um contexto de risco para a criança, implicando um estudo mais aprofundado, que em geral correspondem às consequências no curto e médio prazos dos diferentes tipos de abuso (Crespo, 2011).

Os indicadores físicos de maus-tratos têm localização muito diversa podendo identificar-se em regiões como a pele e os tecidos moles, os membros e a ráquis, o tórax, o abdómen, as regiões cranioencefálica e orofacial (Crespo, 2011). Mais de 50% das lesões abusivas ocorrem na cabeça e na face (Fonseca, 1992; Crespo, 2011), sendo a cavidade oral sede de lesões múltiplas em virtude da sua fácil acessibilidade, pela sua conotação erógena e pelo seu simbolismo na alimentação e comunicação (Crespo, 2011). Pelo dito, a localização orofacial assume particular relevância, devendo o médico dentista saber observar, reconhecer e diagnosticar corretamente os referidos indicadores (Crespo, 2011).

Como em qualquer outro tipo de trabalho médico, o exame deve ser minucioso e documentado (Barber, 2000). Poderá ser necessário preparar evidência para julgamento meses mais tarde (Barber, 2000). O propósito do exame deve ser claro: fazer o diagnóstico provisório ou definitivo de maus-tratos (Barber, 2000). Não visa decidir o que acontece à criança – é função dos serviços sociais; nem identificar o perpetrador – é função da polícia (Barber, 2000). A história clínica e o exame objetivo devem ser feitos de forma imparcial e num calmo contexto médico (Barber, 2000).

A deteção de maus-tratos infantis depende da habilidade do clínico em reconhecer e diagnosticar lesões suspeitas (McDonald, 2007), conduzir um exame físico completo e cuidado, com uso judicioso de exames complementares de diagnóstico, e

considerar se a explicação dada pelos cuidadores é suportada pelas características da lesão ou lesões e das capacidades de desenvolvimento da criança (Kellogg, 2007; Lee, 2008). Deve ainda ser tida em conta a frequência com que a criança é observada por traumatismos (Woodman, 2010).

As lesões intra e periorais devem-se, fundamentalmente, a traumatismos perpetrados com as mãos ou objetos - para punir, silenciar ou forçar a alimentação (Crespo, 2011). A maioria das lesões orofaciais relatadas na literatura consistem em fraturas dentárias; lacerações do freio labial infligidas com instrumentos cortocutundentes durante a alimentação forçada; dentes ausentes sem razão aparente; aparência e mobilidade anormal da língua; fraturas da maxila e mandíbula; contusões ou escaras nos lábios e queimaduras na mucosa oral resultantes da ingestão forçada de fluidos quentes ou cáusticos (Fonseca, 1992; Jacobi, 2010).

Outras manifestações incluem contusões, lacerações, abrasões, queimaduras - frequentemente por fluidos quentes e em crianças dos 0-4 anos (Toon, 2011) -, trauma oral e alopecia traumática (Ermertcan, 2010). Ainda, marcas de mordedura (Smith, 2011), sendo a capacidade da pele registar o detalhe dos dentes do altamente variável (Kumar, 2012).

Lesões em sítios relativamente protegidos, como as bochechas, o pescoço e as orelhas, devem levantar suspeita de maus-tratos, sobretudo se as lesões forem extensas e variarem em idade. Na prática, a datação de lesões é imprecisa (Ermertcan, 2010). A idade absoluta da lesão é praticamente impossível de estimar, a abrasão, a sensibilidade e o edema sugerem uma lesão recente (Stephenson, 1997). Pode dizer-se que lesões com menos de 24h não apresentam coloração amarela, mas lesões vermelhas podem persistir por uma semana (Ermertcan, 2010). Outro fator importante é a forma da lesão que pode reflectir o formato do objeto utilizado para a infligir (Ermertcan, 2010). Ainda, lesões com padrão definido são um forte indicador de abuso, tal como a existência de várias lesões, em aglomerado, com localizações incomuns, lesões distantes de proeminências ósseas e em diferentes estádios de cicatrização (Ermertcan, 2010; Wong, 2013).

Existem, contudo, patologias que predispõem ao sangramento, como a doença de Von Willbrand entre outras formas de anemia, e que devem ser consideradas no diagnóstico diferencial das lesões (Pau-Charles, 2012; Carpenter, 2013).

Apesar de muitas lesões estarem descritas, não é demais sistematizar e aprofundar o estudo das lesões intraorais, sinais e lesões externas da cabeça e do pescoço associadas aos maus-tratos de crianças e jovens.

Considerações legais, penais e deontológicas

As crianças e os jovens têm o direito, entre outros universalmente reconhecidos, de serem protegidas contra todas as formas de maus-tratos.

Na Declaração Universal dos Direitos do Homem, artigo 25.º, ponto 2: “A maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais”.

Ainda, nos princípios II e IV da Declaração dos Direitos da Criança, respetivamente o “direito à especial protecção para o seu desenvolvimento físico, mental e social” e o “direito à alimentação, moradia e assistência médica adequadas”.

Na Constituição da República Portuguesa, artigo 69.º (infância), ponto 1: “As crianças têm direito à protecção da sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento integral, especialmente contra todas as formas de abandono, de discriminação e de opressão e contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições” (Moreira, 2008).

Código Penal

Os maus-tratos infantis constituem crime punível com pena de prisão de um a cinco anos, dois a oito anos se a ofensa à integridade física for grave e entre três a dez se desta resultar a morte da vítima. Os maus-tratos e a violência doméstica constituem crimes públicos, não dependendo da queixa do ofendido nem da vontade do mesmo para a instituição um processo-crime por parte do Ministério Público. Podendo a não denuncia incorrer no crime de omissão de auxílio (Código Penal, 2014).

Art. 152.º - violência doméstica (Código Penal, 2014):

“1 - Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus-tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais; (...)

d) A pessoa particularmente indefesa, nomeadamente em razão da idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite;
é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

2 - No caso previsto no número anterior, se o agente praticar o facto contra menor, na presença de menor, no domicílio comum ou no domicílio da vítima é punido com pena de prisão de dois a cinco anos.

3 - Se dos factos previstos no n.º 1 resultar:

a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos;

b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

(...)” (Código Penal, 2010).

Art. 200.º - omissão de auxílio (Código Penal, 2014):

“1 – Quem, em caso de grave necessidade, nomeadamente provocada por desastre, acidente, calamidade pública ou situação de perigo comum, que ponha em perigo a vida, a integridade física ou a liberdade de outra pessoa, deixar de lhe prestar o auxílio necessário ao afastamento do perigo, seja por acção pessoal, seja promovendo o socorro, é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 120 dias.” (Código Penal, 2014).

A respeito do dever da denúncia perante a suspeita de maus-tratos infantis ou da proteção de “pessoa particularmente indefesa, nomeadamente em razão da idade” os estatutos da Ordem dos Médicos Dentistas e o Código Deontológico da classe são omissos. Antes da denúncia, deve o clínico pedir ao Conselho Deontológico da Ordem o levantamento do sigilo profissional.

A denúncia deve ser feita ao Ministério Público ou na Polícia.

Objetivo

O objetivo desta revisão científica é dar resposta a uma questão que pode ser enunciada em observância dos critérios PICO (P: *população alvo*; I: *tipo de intervenção*; C: *comparação*; O: resultado (*outcome*) do seguinte modo:

“Em crianças e jovens de ambos os sexos (P), vítimas de maus-tratos não mortais (I), que tipos de lesões externas orofaciais, da cabeça e do pescoço (C) podem ser associadas ao diagnóstico de maus-tratos? (O)”

Métodos

Os trabalhos de meta-análise, revisão sistemática e ensaio clínico controlado aleatorizado são tidos como evidência de alto grau de confiança, contudo, os ensaios clínicos controlados e aleatorizados são de difícil aplicação no estudo das lesões por maus-tratos. A par de revisões sistemáticas e meta-análises foram procuradas outras formas de evidência (do tipo relato de caso e série de casos) capazes de dar resposta à questão inicialmente colocada.

Pesquisa de meta-análises ou revisões sistemáticas prévias

Identificaram-se os termos MeSH para o termo correspondente a “maus-tratos” na língua inglesa, “maltreatment” e “mistreatment”, sendo estes os termos da expressão “physical abuse”. Identificou-se, ainda, o termo MeSH para “criança” na língua inglesa sendo este “child”.

Foram feitas duas pesquisas (Tabela 1) na base de dados primária PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>), utilizando-se uma combinação de termos MeSH “child physical abuse” (pesquisa 1) e a combinação dos termos “battered child syndrome” (pesquisa 2) nas formulações:

(“child”[All Fields]) OR (“child”[Mesh Terms]) AND (“physical abuse”[All Fields]) OR (“physical abuse”[Mesh Terms])

(“battered child syndrome”[All Fields])

Para ambas as pesquisas foram ativados os filtros para “revisões sistemáticas”, “meta-análises”, “texto integral”, “10 anos”, “humanos”, “inglês”, “francês”, “português”, “espanhol” e “criança: do nascimento aos 18 anos” (Tabela 1). As pesquisas foram feitas de 15 de Julho a 10 de Agosto de 2014.

Os títulos e resumos dos trabalhos foram analisados, tendo sido classificados, nesta fase, como “irrelevantes” ou “possivelmente relevantes”. Os artigos que não fossem, como pretendido, do tipo revisão sistemática ou meta-análise, que não estivessem relacionados com lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos, que não fossem publicados nos idiomas acima mencionados, que fossem referentes a adultos, que tratassem exclusivamente de maus-tratos mortais e situações de dupla publicação foram considerados irrelevantes e excluídos (Tabela 1 e Tabela 2).

Definiram-se como “intraorais” as lesões sediadas entre a transição mucocutânea dos lábios à hipofaringe.

Na pesquisa 1 obtiveram-se 115 referências, sendo somente 1 considerada possivelmente relevante. Na pesquisa 2 obteve-se 1 referência que foi considerada irrelevante.

Tabela 1 – Combinação de termos, filtros, referências e referências possivelmente relevantes das pesquisas de revisões sistemáticas e meta-análises na base de dados da PubMed.

Pesquisa	Combinação de termos	Filtros	Referências	Referencias potencialmente relevantes
1	“child physical abuse”	Article types: “Meta-analysis” “Systematic Reviews” Text availability: “Full text” Publication dates: “10 years” Species: “Humans” Languages: “English” “French” “Portuguese” “Spanish” Ages: “Child: birth-18 years”	115	1
2	“battered child syndrome”	Article types: “Meta-analysis” “Systematic Reviews” Text availability: “Full text” Publication dates: “10 years” Species: “Humans” Languages: “English” “French” “Portuguese” “Spanish” Ages: “Child: birth-18 years”	1	0

Tabela 2 – Critérios de inclusão e de exclusão para os artigos referenciados.

Código	Critério	Descrição
A1	Inclusão	Artigos do tipo revisão sistemática ou meta-análise.
B1	Inclusão	Artigos com referência de lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis.
C1	Inclusão	Publicados em inglês, francês, português ou espanhol.
D1	Inclusão	Publicados nos últimos 10 anos.
E1	Exclusão	Artigos referentes a adultos (mais de 18 anos).
F1	Exclusão	Artigos com referência exclusiva a maus-tratos mortais.
G1	Exclusão	Dupla publicação.

A revisão sistemática e meta-análise possivelmente relevante foi, com recurso ao *Critical Appraisal Skill Programme* (CASP), alvo de avaliação crítica por um único revisor. São qualificadas como “relevantes” e incluídas as revisões sistemáticas e meta-análises que obtiveram uma classificação superior a 50% (Tabela 3).

Foi incluída 1 revisão sistemática e meta-análise.

Tabela 3 – Avaliação crítica do mérito científico da revisão sistemática e meta-análise potencialmente relevante com recurso ao CASP.

Artigo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		Qualificação
Maguire, 2007	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	100%	Relevante

Pesquisa de relatos de casos e séries de casos

Foram feitas duas pesquisas (Tabela 4) na mesma base de dados, utilizando-se a combinação dos termos MeSH “child physical abuse” (pesquisa 3) e uma combinação dos termos “battered child syndrome” (pesquisa 4) nas formulações:

(“child”[All Fields]) OR (“child”[Mesh Terms]) AND (“physical abuse”[All Fields]) OR (“physical abuse”[Mesh Terms])

(“battered child syndrome”[All Fields])

Para ambas as pesquisas foram ativados os filtros para “relato de casos”, “texto integral”, “de 1984/01/01 a 2014/07/15”, “humanos”, “inglês”, “francês”, “português”, “espanhol” e “criança: do nascimento aos 18 anos” (Tabela 4). As pesquisas foram feitas de 15 de Julho a 10 de Agosto de 2014.

Os títulos e resumos dos artigos foram analisados, tendo sido classificados, nesta fase, como “irrelevantes” ou “possivelmente relevantes”. Os artigos que não fossem, como pretendido, do tipo caso clínico ou série de casos, que não descrevessem lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou pescoço por maus-tratos, que não fossem publicados nos idiomas acima mencionados, que fossem referentes a adultos, que tratassem exclusivamente de maus-tratos mortais ou cuja evidência de maus-tratos fosse fraca e situações de dupla publicação foram classificados como irrelevantes e excluídos da revisão (Tabela 4, Tabela 5 e Tabela 6).

Definiram-se como “intraorais” as lesões sediadas entre a transição mucocutânea dos lábios à hipofaringe.

Na pesquisa 3 obtiveram-se 312 referências, 12 das quais foram consideradas possivelmente relevantes. Na pesquisa 4, das 61 referências obtidas 7 foram consideradas possivelmente relevantes.

Tabela 4 – Combinação de termos, filtros, referências e referências possivelmente relevantes das pesquisas de relatos de casos e séries de casos na base de dados da PubMed.

Pesquisa	Combinação de termos	Filtros	Referências	Referências possivelmente relevantes
3	“child abuse” physical	Article types: “Case reports” Text availability: “Full text” Publication dates: “From 1984/01/01 to 2014/07/15” Species: “Humans” Languages: “English” “French” “Portuguese” “Spanish” Ages: “Child: birth-18 years”	312	12
4	“battered syndrome” child	Article types: “Case reports” Text availability: “Full text” Publication dates: “From 1984/01/01 to 2014/07/15” Species: “Humans” Languages: “English” “French” “Portuguese” “Spanish” Ages: “Child: birth-18 years”	61	7

Tabela 5 – Critérios de inclusão e de exclusão para os artigos referenciados.

Código	Critério	Descrição
A2	Inclusão	Artigos do tipo relato de caso ou série de casos.
B2	Inclusão	Artigos referentes a lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis.
C2	Inclusão	Publicados em inglês, francês, português ou espanhol.
D2	Inclusão	Publicados nos últimos 30 anos.
E2	Exclusão	Artigos referentes a adultos (mais de 18 anos).
F2	Exclusão	Artigos com referência exclusiva a maus-tratos mortais.
G2	Exclusão	Dupla publicação.
H2	Exclusão	Fraca evidência de maus-tratos.

Tabela 6 – Classificação da evidência de maus-tratos infantis.

Classificação	Descrição
Forte	Maus-tratos confirmados em julgamento; suspeita da qual tenha resultado a ativação e ação dos serviços sociais de proteção de menores; consenso sobre o diagnóstico entre pares; admitidos pelo perpetrador ou testemunhados.
Fraca	Suspeita ou diagnóstico provisório (“mais provável”).

Os artigos de relato de caso e série de casos possivelmente relevantes foram analisados, tendo sido classificados como “relevantes” e incluídos os casos clínicos que descrevessem lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis, fossem referentes a crianças ou jovens (idade inferior a 18 anos), não descrevessem maus-tratos fatais e cuja evidência de maus-tratos fosse forte (Tabela 6 e Tabela 7).

Foram considerados possivelmente relevantes 19 artigos do tipo relato de caso e série de casos.

Tabela 7 – Critérios de inclusão e de exclusão para os casos clínicos descritos.

Código	Critério	Descrição
A3	Inclusão	Descrição de lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis.
B3	Exclusão	Casos referentes a adultos (mais de 18 anos).
C3	Exclusão	Maus-tratos infantis mortais.
D3	Exclusão	Fraca evidência de maus-tratos.

Pesquisa manual

Verificaram-se todas as referências bibliográficas dos trabalhos considerados “relevantes” e “possivelmente relevantes”, dado que os textos desses trabalhos foram recolhidos para avaliação. As referências bibliográficas de aparente interesse foram pesquisadas na base de dados da PubMed acedendo-se aos respetivos resumos. A partir daqui, as referências foram avaliadas conforme o tipo de trabalho, à semelhança do que foi descrito para as pesquisas eletrónicas.

Foram considerados possivelmente relevantes 9 artigos do tipo relato de caso ou série de casos. Foi considerada relevante 1 revisão sistemática cuja avaliação crítica do mérito científico pode ser consultada na Tabela 8.

Tabela 8 – Avaliação crítica do mérito científico da revisão sistemática e meta-análise possivelmente relevante com recurso ao CASP.

Artigo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		Qualificação
Maguire, 2005	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	100%	Relevante

A pesquisa manual decorreu de 15 a 20 de Agosto de 2014.

Dos 28 artigos do tipo relato de caso ou série de casos “possivelmente relevantes” não foi possível adquirir o texto integral de 2.

Foram adquiridos 26 artigos do tipo relato de caso ou série de casos. Estes expõem informação sobre 71 casos clínicos dos quais 36 foram excluídos (Tabela 9).

A exclusão de todos os casos clínicos descritos num artigo resultou na exclusão desse artigo. Foram excluídos 6 artigos do tipo relato de caso ou série de casos (Tabela 9).

Tabela 9 – Artigos e casos clínicos excluídos e justificação da exclusão.

Referência	Justificação para a exclusão dos casos clínicos
Grace, 1987	Caso 4: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis.
Reinhart, 1987	Caso 1: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis. Caso 3: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis. Caso 4: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis. Ainda, as lesões descritas foram fatais.
Symons, 1987	Caso 1: apesar da suspeita de maus-tratos, os ferimentos podem resultar da hiperatividade da criança ou da medicação. Caso 2: a criança faleceu, tendo as lesões por maus-tratos sido identificadas <i>post-mortem</i> .
Hobbs, 1990	Caso 4: as lesões descritas advêm do abuso sexual da criança. Não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis. Caso 5: as lesões descritas advêm do abuso sexual da criança. Não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis.
Manning, 1990	Caso 1: apesar da forte suspeita médica de maus-tratos infantis e de serem descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos aceitou-se, em julgamento, que teria sido o irmão mais velho, ainda menor, a perpetrá-las. Caso 2: apesar da forte suspeita médica de maus-tratos infantis e de serem descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos, o tribunal devolveu a custódia da criança aos pais, presumindo que teria sido o irmão mais velho, ainda menor, o agressor. Caso 4: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis. O caso descreve abuso por negligência. Caso 5: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis. O

	caso descreve abuso por negligência.
Willner, 1992	São descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço, contudo, a custódia da criança foi devolvida aos pais por ordem judicial, apesar da forte suspeita médica de maus-tratos infantis – não reconhecimento judicial de maus-tratos.
Gustavson, 1996	Caso 3: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis. Ainda, as lesões descritas foram fatais. Caso 4: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis.
Mossakowska, 1996	Caso 1: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis. Ainda, as lesões descritas foram fatais. Caso 3: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis. Caso 4: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis. As lesões descritas advêm do abuso sexual da criança. Caso 5: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis.
Kapoor, 1997	Caso 1: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis. Caso 2: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis. Caso 3: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis. Caso 4: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis. Caso 5: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis. Caso 6: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis.
Drack, 1999	Caso 1: são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço. Contudo, as lesões por maus-tratos foram fatais. Caso 4: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis.
Ho, 1999	Caso 2: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis. Caso 3: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis.
Leonardi, 1999	Apesar da forte suspeita médica de maus-tratos infantis, a

	custódia da criança foi devolvida à mãe por ordem judicial – não reconhecimento judicial de maus-tratos.
Ly, 2002	Não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis.
Krugman, 2007	Caso 1: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis. Caso 4: são descritos maus-tratos infantis fatais.
Pierce, 2009	Caso 1: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis. Ainda, as lesões descritas foram fatais. Caso 2: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis. Caso 3: não são descritas lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço por maus-tratos infantis. Ainda, as lesões descritas foram fatais.

Contacto com os autores

Os autores dos trabalhos considerados “relevantes” e “possivelmente relevantes” adquiridos, das pesquisas na base de dados eletrónica e da pesquisa manual, foram contactados.

Recolheram-se os contactos de correio electrónico do autor correspondente e, em alternativa, o contacto do primeiro autor. Estando estes indisponíveis, procurou-se adquirir o contacto dos co-autores.

Os autores foram contactados em língua inglesa conforme as minutas que podem ser consultadas no anexo I.

Nenhum trabalho referenciado pelos autores foi considerado relevante ou possivelmente relevante, podendo ser consultada a súmula do contacto com os autores no anexo II.

A recolha e contacto com os autores decorreu de 25 a 29 de Agosto de 2014.

No processamento e análise estatística dos dados recorreu-se ao *software* SPSS da IBM® versão 22.

Resultados

Após as pesquisas na base de dados eletrónica, foram submetidos a análise 489 títulos e resumos, desses foi possível identificar 20 resumos de trabalhos “relevantes” ou “possivelmente relevantes”. Na pesquisa manual, foram analisados 271 títulos e resumos, desses foi possível identificar 10 resumos de trabalhos “relevantes” ou “possivelmente relevantes”. Não foi possível adicionar novos trabalhos após o contacto com os autores, contacto ao qual responderam 55% dos autores contactados.

Não foi possível adquirir 2 trabalhos, tendo sido adquiridos 28 artigos.

Para o efeito desta revisão, as lesões que foram relatadas nos casos clínicos incluídos resultantes de negligência ou abuso sexual foram excluídas, não tendo sido descritas.

As características raciais e o contexto socioeconómico das crianças maltratadas não foram analisados ou descritos.

Foram incluídas 2 revisões sistemáticas cujos resumos podem ser consultados no anexo V.

Foram excluídos da revisão 36 casos clínicos, podendo a justificação para a exclusão de cada caso ser consultada na Tabela 9.

Foram incluídos 35 casos clínicos cujos resumos podem ser consultados no anexo IV.

O idioma e a origem dos trabalhos incluídos podem ser consultados no anexo III.

Na extração de dados, anexo IV e anexo IV, procurou-se tanto quanto possível reproduzir o texto original.

Ponderação das revisões sistemáticas incluídas

Existem diferenças entre as lesões acidentais e aquelas que são observadas nos maus-tratos infantis (Maguire, 2005).

As lesões em bebés sem mobilidade independente são muito incomuns (menos de 1%), enquanto a maioria das crianças em idade pré-escolar e escolar apresenta lesões

acidentais. As lesões acidentais são caracteristicamente pequenas e sobre proeminências ósseas anteriores, estando a prevalência, número e localização das lesões directamente relacionadas com o desenvolvimento motor (Maguire, 2005).

Qualquer parte do corpo é vulnerável a lesões por maus-tratos, estando as lesões localizadas longe de proeminências ósseas. As lesões por maus-tratos são frequentemente maiores, comumente múltiplas e observam-se em aglomerados. Estão com frequência associadas a lesões que podem ser mais velhas e podem conter a impressão da arma usada (Maguire, 2005).

As lesões intraorais ocorrem num número significativo de crianças maltratadas e que são amplamente distribuídas (lábios, mucosa, língua e palato), sendo os lábios a estrutura mais frequentemente relatada como alvo (Maguire, 2007).

Por não existirem estudos que definam a incidência da laceração do freio labial em crianças maltratadas ou estudos que comparem lacerações acidentais com lacerações por maus-tratos é impossível determinar a probabilidade de maus-tratos infantis para uma laceração do freio labial (Maguire, 2007).

A laceração do freio labial é predominantemente descrita em crianças de idade pré-escolar alvo de maus-tratos graves, na sua maioria fatais, com extensas lesões associadas (Maguire, 2007). A única causa substancial de laceração do freio labial identificada foi o golpe direto, não tendo sido encontrados registos de alimentação forçada, torção ou esfregaço (Maguire, 2007).

Dado que a literatura menciona a laceração do freio labial acidental, uma laceração do freio isolada não pode ser descrita como patognomónica de maus-tratos infantis (Maguire, 2007).

Fatores analisados

Idade

A idade das crianças maltratadas varia entre os nove dias (Stricker, 2002) e os treze anos (Carrotte, 1990). Nas 35 crianças, a média de idades em meses foi de 27,19 com desvio padrão de 31,91 meses.

Género

Num total de 35 crianças, 14 eram do sexo feminino (40%) e 21 do sexo masculino (60%).

Distribuição das lesões

As lesões distribuíram-se pela cavidade oral, face, cabeça e pescoço. A hipótese nula (H_0 : as distribuições das lesões intraorais, faciais, na cabeça e no pescoço são as mesmas) foi testada para um nível de significância de 0,05, tendo sido rejeitada. Existem diferenças estatísticas significativas na distribuição das lesões (num total de 35 casos clínicos analisados): 25,7% dos casos refere lesões intraorais, 85,7% dos casos refere lesões faciais, 17,1% dos casos refere lesões na cabeça e 8,6% dos casos refere lesões no pescoço (Anexo VI).

Distribuição das lesões intraorais

Nove casos clínicos descrevem lesões intraorais, destes 11,1% refere contusões nos lábios, 11,1% refere a laceração da gengiva, 11,1% refere a laceração da mucosa alveolar, 11,1% refere a avulsão de dentes, 11,1% refere a intrusão de dentes, 22,2% refere a escoriação do palato duro, 11,1% refere a laceração do freio, 11,1% refere a perfuração da faringe, 44,4% refere a laceração da faringe, 11,1% refere a laceração do palato mole, 11,1% refere hemorragia oral, 11,1% refere a laceração do pavimento bucal, 11,1% refere a escoriação da faringe e 11,1% refere a ausência traumática de dentes.

A hipótese nula (H_0 : as distribuições das contusões nos lábios, laceração da gengiva, laceração da mucosa alveolar, avulsão de dentes, intrusão de dentes, escoriação do palato duro, laceração do freio, perfuração da faringe, laceração da faringe, laceração do palato mole, hemorragia oral, laceração do pavimento bucal, escoriação da faringe e ausência traumática de dentes são as mesmas) foi testada para um nível de significância de 0,05, tendo sido rejeitada (Anexo VII).

Tipos de lesões

Vários tipos de lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço são descritas: ausência traumática de dentes, avulsões ou intrusões (Sobel, 1983; Carrotte, 1990), petéquias (Spitzer, 2005), equimoses (Drack, 1999; Yavuz, 2008; Kondolot, 2011), contusões (Sobel, 1975; Reinhart, 1987; Nazer, 1988; Hobbs, 1990; Barrett, 1995; Gustavson, 1996; Drack, 1999; Stricker, 2002) lacerações, perfurações ou

escoriações (Sobel, 1975; Grace, 1987; Reinhart, 1987; Barrett, 1995; Gustavson, 1996; Mossakowska, 1996; Martin, 2007; Krugman, 2007; Kondolot, 2011; Gharib, 2012), hematomas (Nazer, 1988; Mossakowska, 1996; Martin, 2007), edema (Nazer, 1988; Mossakowska, 1996; Skarbek-Borowska, 2011), cicatrizes (Nazer, 1988), queimaduras (Ho, 1999), hemorragias subconjuntivais, quemose ou hifema (Spitzer, 2005; Skarbek-Borowska, 2011), hemorragias orais (Barrett, 1995; Stricker, 2002), hemorragias nasais (Mossakowska, 1996; Stricker, 2002) e otorreia sanguinolenta (Grace, 1987; Manning, 1990).

A hipótese nula (H0: as distribuições das lesões ausência traumática de dentes, avulsões, intrusões, petéquias, equimoses, contusões, lacerações, perfurações, escoriações, hematomas, edema, cicatrizes, queimaduras, hemorragias subconjuntivais, quemose, hifema, hemorragias orais, hemorragias nasais e otorreia sanguinolenta são as mesmas) foi testada para um nível de significância de 0,05, tendo sido rejeitada. Existem diferenças estatísticas significativas na distribuição dos tipos de lesões por caso clínico (num total de 35 casos clínicos analisados): a ausência traumática de dentes foi referida em 2,9% dos casos, as avulsões dentárias foram referidas em 2,9% dos casos, as intrusões de dentes foram referidas em 2,9% dos casos, as petéquias foram referidas em 2,9% dos casos, as equimoses foram referidas em 8,6% dos casos, as contusões foram referidas em 40% dos casos, as lacerações foram referidas em 31,4% dos casos, as perfurações foram referidas em 11,4% dos casos, as escoriações foram referidas em 11,4% dos casos, os hematomas foram referidos em 8,6% dos casos, o edema foi referido em 11,4% dos casos, as cicatrizes foram referidas em 2,9% dos casos, as queimaduras foram referidas em 2,9% dos casos, as hemorragias subconjuntivais foram referidas em 11,4% dos casos, a quemose foi referida em 5,7% dos casos, o hifema foi referido em 5,7% dos casos, as hemorragias orais foram referidas em 8,6% dos casos, as hemorragias nasais foram referidas em 8,6% dos casos e a otorreia sanguinolenta em 11,4% dos casos (Anexo VIII).

Traumatismos dentários

Sobel (Sobel, 1983) referiu a intrusão do incisivo lateral esquerdo maxilar decíduo e a avulsão do incisivo central esquerdo maxilar decíduo. No caso descrito por Carrotte (Carrotte, 1990), um rapaz de treze anos apresentava desdentações no segundo e quinto sextantes com ausência dos oito incisivos permanentes. A hipótese nula (H0: as

distribuições da ausência traumática de dentes, intrusões e avulsões são as mesmas) foi testada para um nível de significância de 0,05, tendo sido retida: 2,9% dos 35 casos clínicos refere ausência traumática de dentes, 2,9% dos casos referem avulsões e 2,9% dos casos refere intrusões dentárias. (Anexo VIII e Anexo IX).

Petéquias e equimoses

Spitzer (Spitzer, 2005) refere petéquias faciais, nas bochechas e Drack (Drack, 1999) descreve, num dos casos, equimoses periorbitárias. Kondolot (Kondolot, 2011) relata múltiplas equimoses de 1 a 3 cm e de vários estádios de cicatrização na face (à esquerda no osso frontal, bochechas esquerda e direita e queixo). Yavuz (Yavuz, 2008) descreve várias equimoses traumáticas recentes vermelho-arroxeadas na face. As petéquias foram referidas em 2,9% dos casos e as equimoses em 8,4% (Anexo VIII e Anexo IX).

Contusões

Nazer (Nazer, 1988) e Hobbs (Hobbs, 1990) referem contusões faciais. Num dos casos descrito por Hobbs, cerca de 30-40 contusões faciais, nos olhos e nas regiões mentoniana e mandibular (Hobbs, 1990). Barrett (Barrett, 1995) refere uma contusão intraoral, no palato mole. As contusões faciais são também referidas nos casos descritos por Drack (Drack, 1999) e Stricker (Stricker, 2002), relatando o último, ainda, contusões no couro-cabeludo. Em ambos os casos que descreve, Gustavson (Gustavson, 1996) refere hipotermia. No primeiro caso descreve, ainda, múltiplas contusões na testa, orelha esquerda e parte esquerda do queixo; no segundo, múltiplas contusões na face e pescoço (Gustavson, 1996). Reinhart (Reinhart, 1987) relata contusões no lado esquerdo da face e pescoço, associadas a outras lesões por maus-tratos, como marca de mordedura no antebraço direito. Sobel (Sobel, 1983) refere contusões faciais antigas e recentes (nos lábios e queixo). As contusões foram referidas em 40% dos casos. A hipótese nula (H_0 : a probabilidade de ocorrerem contusões ou de não ocorrerem contusões é 0,5) foi testada para um nível de significância de 0,05, tendo sido retida (Anexo VIII e Anexo IX).

Lacerações, perfurações e escoriações

Sobel (Sobel, 1983) referiu escoriações da face, bem como a laceração da gengiva maxilar anterior e mucosa alveolar. Também Reinhart (Reinhart, 1987) relata

escoriações, no lado direito da face e pescoço, associadas a outras lesões por maus-tratos, como marca de mordedura no antebraço direito. Gustavson (Gustavson, 1996) refere num dos casos que descreve uma pequena laceração no queixo. Barrett (Barrett, 1995) e Krugman (Krugman, 2007) referem lacerações possivelmente decorrentes da remoção de objetos sufocantes. Barrett descreve uma laceração do palato mole e Krugman refere num dos casos a laceração da faringe posterior e no outro a laceração do pavimento bucal e a laceração e escoriação da hipofaringe. Gharib (Gharib, 2012) descreve lacerações infligidas com um objeto corto-perfurante na orelha, testa e face às quais se somam onze descritas noutras partes do corpo da criança. Também Mossakowska (Mossakowska, 1996) refere a laceração da orelha num dos casos que apresenta. No caso descrito por Kondolot (Kondolot, 2011), observam-se algumas escoriações na bochecha esquerda e queixo semelhantes a arranhões. Em três casos de síndrome de Munchausen por procuração, Grace (Grace, 1987) descreveu perfurações das membranas timpânicas, bem como lacerações das paredes dos meatos e num desses casos a escoriação do palato duro. Descreve num outro caso a laceração do freio labial e perfuração da parede posterior da faringe (Grace, 1987).

A hipótese nula (H_0 : as distribuições das lacerações, perfurações e escoriações são as mesmas) foi testada para um nível de significância de 0,05, tendo sido rejeitada. 31,4% dos 35 casos referem lacerações, 11,4% dos casos referem perfurações e 11,4% dos casos referem escoriações (Anexo VIII e Anexo IX).

Hematomas

Nazer (Nazer, 1988), Mossakowska (Mossakowska, 1996) e Martin (Martin, 2007) descrevem hematomas. Nazer refere um hematoma no couro cabeludo e Martin relata um hematoma na testa de uma criança. Mossakowska menciona, nos casos que apresenta, hematomas faciais e no pescoço. 8,6% dos casos referem hematomas. A hipótese nula (H_0 : a probabilidade de ocorrerem hematomas ou de não ocorrerem hematomas é 0,5) foi testada para um nível de significância de 0,05, tendo sido rejeitada (Anexo VIII e Anexo IX).

Edema

Mossakowska (Mossakowska, 1996) descreve, num dos casos, edema da cabeça e da face. Também Nazer (Nazer, 1988) refere edema, na região parietal. No primeiro

caso de Skarbek-Borowska (Skarbek-Borowska, 2011) é descrito edema periorbital. 11,4% dos 35 casos referem edema. A hipótese nula (H_0 : a probabilidade de ocorrer edema ou de não ocorrer edema é 0,5) foi testada para um nível de significância de 0,05, tendo sido rejeitada (Anexo VIII e Anexo IX).

Cicatrizes e queimaduras

A par de outras lesões por maus-tratos, Nazer (Nazer, 1988) refere várias cicatrizes na testa. Ho (Ho, 1999) descreve um caso de queimaduras dérmicas profundas por vapor de água. Queimaduras faciais bilaterais que incluem o mento (Ho, 1999).

A hipótese nula (H_0 : os valores entre cicatrizes e queimaduras são igualmente prováveis) foi testada para um nível de significância de 0,05, tendo sido retida. 2,9% dos 35 casos referem cicatrizes e 2,9% dos casos referem queimaduras (Anexo VIII e Anexo IX).

Hemorragias subconjuntivais, orais e nasais, otorreia sanguinolenta, quemoses e hifemas

Spitzer (Spitzer, 2005) descreve três casos de hemorragias subconjuntivais associadas a outras lesões por maus-tratos. Em todos os casos descritos por Skarbek-Borowska (Skarbek-Borowska, 2011) são descritas hemorragias subconjuntivais, quemose e hifema. Barrett (Barrett, 1995) refere hemorragia oral posterior a um evento de asfixia, decorrente das lesões alegadamente infligidas na tentativa de recuperação do objeto sufocante. Em ambos os casos apresentados por Stricker (Stricker, 2002) descrevem-se hemorragias orais, sendo no segundo caso também descrita hemorragia nasal. A hemorragia nasal é ainda referida por Mossakowska (Mossakowska, 1996) num dos casos que apresenta. Manning (Manning, 1990) descreve um caso de otorreia sanguinolenta numa criança com história de miringotomia bilateral com inserção de tubos. Os maus-tratos continuados por parte da mãe resultaram na persistência dos problemas otológicos e no atendimento sistemático da criança em meio hospitalar, constituindo o caso descrito um exemplo da síndrome de Munchausen por procuração. Em três casos descritos por Grace (Grace, 1987) estava presente otorreia sanguinolenta como sinal e sintoma da síndrome de Munchausen por procuração.

A hipótese nula (H_0 : as distribuições das hemorragias subconjuntivais, quemose, hifema, hemorragias orais, hemorragias nasais e otorreia sanguinolenta são as mesmas)

foi testada com nível de significância de 0,05, tendo sido rejeitada. Existem diferenças estatísticas significativas na distribuição das lesões (num total de 35 casos clínicos analisados): 11,4% dos casos referem hemorragias subconjuntivais, 5,7% referem quemose, 5,7% referem hifema, 8,6% dos casos referem hemorragias orais, 8,6% referem hemorragias nasais e 11,4% referem otorreia sanguinolenta (Anexo VIII e Anexo IX).

Discussão

O objetivo desta revisão é perceber que tipo de lesões intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço podem estar associadas aos maus-tratos de crianças e jovens. A natureza da questão obriga a que os estudos capazes de lhe dar resposta sejam de índole observacional. No cumprimento do objetivo desta revisão recorreu-se a estudos primários observacionais descritivos e estudos secundários.

A inclusão de diferentes tipos de estudos determina que a estratégia de pesquisa eletrónica seja personalizada. Por definição, as revisões sistemáticas e meta-análises são “trabalhos em andamento”, devendo a sua atualização ser frequente. Tentou-se evitar referências a revisões sistemáticas e meta-análises desatualizadas ao definir como critério de pesquisa que estas tenham sido publicadas nos últimos 10 anos.

O cariz da evidência de maus-tratos infantis pode ser outro que não médico. Sempre que o parecer médico foi impugnado pela decisão judicial, o caso em questão foi considerado somente como suspeito – de evidência “fraca” – e excluído.

As lesões consideradas indetectáveis na consulta de medicina dentária são as intraorais, sinais ou lesões externas da cabeça ou do pescoço. Lesões noutras partes do corpo, ainda que marcas de mordedura, e fraturas foram rejeitadas. Este estudo parte do suposto que em todos os casos descritos foi feita a avaliação intraoral. Consideraram-se lesões como “intraorais” se presentes entre a transição mucocutânea dos lábios e a hipofaringe.

Apesar de terem sido adquiridos vinte e seis artigos de relatos de casos e séries de casos que expõem informação sobre setenta e uma crianças (setenta e um casos clínicos), somente trinta e cinco desses casos atenderam aos critérios de inclusão, tendo sido excluídos os restantes. A amostra de casos clínicos é reduzida, tanto pela aplicação de critérios de exclusão e inclusão como pela pesquisa em somente uma base de dados primária. Pelo dito, a generalização dos resultados com reduzida margem de erro é altamente improvável. Para que os resultados de próximos trabalhos de investigação possam ser generalizados, estes devem incidir sobre estudos primários observacionais analíticos – com recurso a registos médicos hospitalares, por exemplo – e estudos secundários com recurso ao maior número possível de bases de dados eletrónicas.

Nos relatos de casos e séries de casos a descrição das lesões, em matéria de cor, distribuição e número, foi com frequência imprecisa. Foram poucos os artigos que incluíram registos gráficos ou fotográficos dos casos. Ademais, os autores passíveis de serem contactados e que responderam ao primeiro contacto foram os autores dos artigos sobre os quais não se suscitaram dúvidas. Apesar das limitações da evidência científica, foi possível analisar algumas características dos maus-tratos infantis e das lesões por maus-tratos.

A idade das crianças maltratadas varia entre os nove dias (Stricker, 2002) e os treze anos (Carrotte, 1990). Nas 35 crianças, a média de idades em meses foi de 27,19 com desvio padrão de 31,91 meses. 14 dessas crianças eram do sexo feminino (40%) e 21 do sexo masculino (60%). Esta observação difere da observação feita pela equipa de Sabine Maguire (Maguire, 2005) que considerou insignificante a diferença na distribuição por género. Contudo, a diferença entre observações pode ser justificada pela reduzida amostra populacional deste estudo.

As lesões distribuíram-se pela cavidade oral, face, cabeça e pescoço, existindo diferenças estatísticas significativas na distribuição das lesões (num total de 35 casos clínicos analisados): 25,7% dos casos refere lesões intraorais, 85,7% dos casos refere lesões faciais, 17,1% dos casos refere lesões na cabeça e 8,6% dos casos refere lesões no pescoço.

Nove casos clínicos descrevem lesões intraorais, destes 11,1% refere contusões nos lábios, 11,1% refere a laceração da gengiva, 11,1% refere a laceração da mucosa alveolar, 11,1% refere a avulsão de dentes, 11,1% refere a intrusão de dentes, 22,2% refere a escoriação do palato duro, 11,1% refere a laceração do freio, 11,1% refere a perfuração da faringe, 44,4% refere a laceração da faringe, 11,1% refere a laceração do palato mole, 11,1% refere hemorragia oral, 11,1% refere a laceração do pavimento bucal, 11,1% refere a escoriação da faringe e 11,1% refere a ausência traumática de dentes.

Foram descritos vários tipos de lesões: a ausência traumática de dentes foi referida em 2,9% dos casos, as avulsões dentárias foram referidas em 2,9% dos casos, as intrusões de dentes foram referidas em 2,9% dos casos, as petéquias foram referidas em 2,9% dos casos, as equimoses foram referidas em 8,6% dos casos, as contusões foram referidas em 40% dos casos, as lacerações foram referidas em 31,4% dos casos, as

perfurações foram referidas em 11,4% dos casos, as escoriações foram referidas em 11,4% dos casos, os hematomas foram referidos em 8,6% dos casos, o edema foi referido em 11,4% dos casos, as cicatrizes foram referidas em 2,9% dos casos, as queimaduras foram referidas em 2,9% dos casos, as hemorragias subconjuntivais foram referidas em 11,4% dos casos, a quemose foi referida em 5,7% dos casos, o hifema foi referido em 5,7% dos casos, as hemorragias orais foram referidas em 8,6% dos casos, as hemorragias nasais foram referidas em 8,6% dos casos e a otorreia sanguinolenta em 11,4% dos casos.

Apesar de Maguire (Maguire, 2007) ter concluído que a laceração do freio labial pode ser acidental e que uma laceração do freio isolada não pode ser descrita como patognomónica de maus-tratos infantis, neste estudo não foram identificadas lacerações acidentais do freio nos casos clínicos incluídos ou excluídos.

A descrição de quatro casos de síndrome de Munchausen por procuração que envolvem sinais e sintomas da cabeça e pescoço justifica que esta síndrome seja tida em conta numa avaliação de possíveis maus-tratos infantis durante a consulta de medicina dentária.

Pela definição de um critério de avaliação para o grau de certeza de maus-tratos, cuja aplicação resulta na exclusão de casos de mera suspeita de maus-tratos, pode ser afirmado que as lesões e os seus tipos acima referidas podem ser associadas a maus-tratos infantis não mortais.

Conclusões

Tendo como base os resultados obtidos nesta revisão, é possível concluir que a evidência observacional descritiva é limitada, não expondo adequadamente a cor, dimensão e situação das lesões por maus-tratos infantis. Os parâmetros descritos ou avaliados nos casos clínicos diferem, omitindo por vezes se determinado parâmetro foi negativo ou se não foi feita a avaliação desse parâmetro.

No entanto, com a evidência disponível, é possível concluir que a região intraoral e as regiões da cabeça e do pescoço são sede de múltiplas lesões por maus-tratos não mortais em crianças e jovens, indo ao encontro de outras revisões sistemáticas, onde foram incluídos estudos observacionais descritivos e estudos observacionais analíticos.

Ainda, que podem ser associadas a maus-tratos infantis não mortais os seguintes sinais ou tipos de lesões: ausência traumática de dentes, avulsões dentárias, intrusões de dentes, petéquias, equimoses, contusões, perfurações mucocutâneas, escoriações, hematomas, edema, cicatrizes, queimaduras, hemorragias subconjuntivais, quemose, hifema, hemorragias orais, hemorragias nasais e otorreia sanguinolenta.

Com sede intraoral também podem ser associadas a maus-tratos infantis não mortais as contusões nos lábios, lacerações da gengiva, lacerações da mucosa alveolar, escoriações no palato duro, lacerações do freio, perfurações da faringe, lacerações da faringe, lacerações no palato mole, lacerações do pavimento bucal e escoriações da faringe.

Referências bibliográficas

Altimier L. Shaken Baby Syndrome. J Perinat Neonat Nurs. 2008;22(1):68-76.

American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatric Dentistry Ad Hoc Work Group on Child Abuse and Neglect. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect Joint Statement of the American Academy of Pediatrics and the American Academy of Pediatric Dentistry. Pediatrics. 1999;104(2):348-350.

Barber MA, Sibert JR. Diagnosing physical child abuse: the way forward. Postgrad Med J. 2000;76(902):743-749.

Barrett TG, Debelle GD. Near-fatal aspiration of a child's dummy: design fault or deliberate injury? J Accid Emerg Med. 1995;12(2):154-155.

Carpenter SI, Abshire TC, Anderst JD, Section on Hematology/Oncology and Committee on Child Abuse and Neglect of the American Academy of Pediatrics. Evaluating for Suspected Child Abuse: Conditions That Predispose to Bleeding. Pediatrics. 2013;131(4):e1357-1373.

Carrotte PV. An unusual case of child abuse. Br Dent J. 1990;168(11):444-445.

Código Penal Português. 3.ed. Coimbra: Livraria Almedina Lda; 2014.

Crespo M, Andrade D, Alves AL, Magalhães T. O papel do médico dentista no diagnóstico e sinalização do abuso de crianças. Acta Med Port. 2011;24(S4):939-948.

Davidson DA. Physical Abuse of Preschoolers: Identification and Intervention Through Occupational Therapy. Am J Occup Ther. 1995;49(3):235-243.

Deputy S. Shaken-Impact Syndrome of Infancy. Semin Pediatr Neurol. 2003;10(2):112-119.

Drack AV, Petronio J, Capone A. Unilateral Retinal Hemorrhages in Documented Cases of Child Abuse. *Am J Ophthalmol*. 1999;128(3):340-344.

Duhaime A, Christian CW, Rorke LB, Zimmerman RA. Nonaccidental Head Injury in Infants - The "Shaken-Baby Syndrome". *N Engl J Med*. 1998;338(25):1822-1829.

Durrant JE. Physical Punishment, Culture, and Rights: Current Issues for Professionals. *J Dev Behav Pediatr*. 2008;29(1):55-66.

Ermertcan AT, Ertan P. Skin manifestations of child abuse. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2010;76(4):317-326.

Fonseca MA, Feigal RF, Benseal RW. Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital. *Pediatr Dent*. 1992;14(3):152-157.

Gharib B, Esmaeili S, Nobandegani NM, Shariati G. Physical Punishment, Abuse, Torture or Revenge? A Case Report. *Acta Med Iran*. 2012;50(8):580-582.

Grace A, Grace S. Child abuse within the ear, nose and throat. *J Otolaryngol*. 1987;16(2):108-111.

Gustavson E, Levitt C. Physical abuse with severe hypothermia. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996;150(1):111-112.

Ho WS, Ying SY, Wong TW. Bizzare paediatric facial burns. *Burns*. 2000;26(5):504-506.

Hobbs CJ, Bilo RAC. Nonaccidental trauma: clinical aspects and epidemiology of child abuse. *Pediatr Radiol*. 2009;39(5):457-460.

Hobbs CJ, Wynne JM. The sexually abused battered child. *Arch Dis Child*. 1990;65(4):423-427.

Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child Abuse and Neglect: Diagnosis and Management. Dtsch Arztebl Int. 2010;107(13):231-240.

Kapoor, Schiffman J, Tang R, Kiang E, Li H, Woodward J. The significance of white-centered retinal hemorrhages in the shaken baby syndrome. Pediatr Emerg Care. 1997;13(3):183-185.

Kellogg ND. Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. Pediatrics. 2007;119(6):1232-1241.

Kondolot M, Yağmur F, Yıkılmaz A, Turan C, Öztop DB, Oral R. A life-threatening presentation of child physical abuse: jejunal perforation. Pediatr Emerg Care. 2011;27(11):1075-1077.

Krous HF, Byard RW. Shaken Infant Syndrome: Selected Controversies. Pediatr Dev Pathol. 1999;2(6):497-498.

Krugman SD, Lantz PE, Sinal S, De Jong AR, Coffman K. Forced suffocation of infants with baby wipes: A previously undescribed form of child abuse. Child Abuse Negl. 2007;31(6):615-621.

Kumar A, Yadav M, Kumar S, Kumar N, Gupta K. Analysis of Bite Mark Evidence. J Indian Acad Forensic Med. 2012;34(2):176-177.

Lee ACW. Bruises, blood coagulation tests and the battered child syndrome. Singapore Med J. 2008;49(6):445-449.

Leonardi DF, Vedovato JW, Werlang PM, Torres OM. Child burn: accident, neglect or abuse. A case report. Burns. 1999;25(1):69-71.

Ly JQ. Incidental finding of nonaccidental trauma in a patient reportedly found unconscious. J Emerg Med. 2002;23(4):417-418.

Maguire S, Hunter B, Hunter L, Sibert JR, Mann M, Kemp AM. Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. *Arch Dis Child*. 2007;92(12):1113-1117.

Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Arch Dis Child* . 2005;90(2):182–186.

Manning SC, Casselbrant M, Lammers D. Otolaryngologic manifestations of child abuse. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 1990;20(1):7-16.

Marchand J, Deneyer M, Vandenplas Y. Detection, diagnosis, and prevention of child abuse: the role of the pediatrician. *Eur J Pediatr*. 2012;171(1):17-23.

Martin SA, Giannetta T, Reuter-Rice K. A Case of Tot Maltreatment. *J Pediatr Health Care*. 2007;21(5): 323-324,350-35.

McDonald KC. Child Abuse: Approach and Management. *Am Fam Physician*. 2007;75(2):221-228.

Moreira V, Canotilho JJG. Constituição da República Portuguesa. 8.ed. Coimbra: Coimbra Editora; 2008.

Mossakowska B. Medical observations on child abuse. *Child Abuse Negl*. 1996;20(2):141-143.

Nazer H, Daradkeh T, Mohamed S, Shamayleh AQ, Marei O. A diagnostic dilemma in Jordan: two child abuse case studies. *Child Abuse Negl*. 1988;12(4):593-599.

Pau-Charles I, Darwich-Soliva E, Grimalt R. Skin Signs in Child Abuse. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103(2):94-99.

Perepletchikova F, Kaufman J. Emotional and behavioral sequelae of childhood maltreatment. *Curr Opin Pediatr*. 2010;22(5):610-615.

Pierce MC, Smith S, Kaczor K. Bruising in Infants Those With a Bruise May Be Abused. *Pediatr Emerg Care*. 2009;25(12):845-847.

Reinhart MA. Sexual abuse of battered young children. *Pediatr Emerg Care*. 1987;3(1):36-38.

Skarbek-Borowska S, Campbell KT. Globe rupture and nonaccidental trauma: two case reports. *Pediatr Emerg Care*. 2011;27(6):544-546.

Smith A. Nonaccidental injury in childhood. *Aust Fam Physician*. 2011;40(11):858-861.

Sobel RS, Kerns DL. A Case of child abuse. In: Sanger RG, Bross DC, eds. *Clinical management of child abuse*. Chicago: Quintessence. 1983;159-164.

Somani R, Vinita K, Kumar D, Khaira J. Child abuse and its detection in the Dental Office. *J Indian Acad Forensic Med*. 2011;33(4):361-365.

Spitzer SG, Luorno J, Noël L-P. Isolated Subconjunctival Hemorrhages in Nonaccidental Trauma. *J AAPOS*. 2005;9(1):53-56.

Stephenson T. Ageing of bruising in children. *J R Soc Med*. 1997;90(6):312-314.

Stirling Jr J, Committee on Child Abuse and Neglect. Beyond Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and Treatment of Child Abuse in a Medical Setting. *Pediatrics*. 2007;119(5):1026-1030.

Stricker T, Lips U, Sennhauser FH. Oral bleeding: Child abuse alert. *J Paediatr Child Health*. 2002;38(5):528-529.

Symons AL, Rowe PV, Romaniuk K. Dental aspects of child abuse: review and case reports. *Aust Dent J.* 1987;32(1): 42-47.

Toon MH, Maybauer DM, Arceneaux LL, Fraser JF, Meyer W, Runge A, Maybauer MO. Children with burn injuries-assessment of trauma, neglect, violence and abuse. *J Inj Violence Res.* 2011;3(2):98-110.

Uscinski R. Shaken Baby Syndrome: fundamental questions. *Br J Neurosurg.* 2002;16(3):217-219.

Willner A, Ledereich PS, de Vries EJ. Auricular injury as a presentation of child abuse. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1992;118(6):634-637.

Wong PY, How CH, Wong CY. Management of child abuse. *Singapore Med J.* 2013;54(10):533-536.

Woodman J, Lecky F, Hodes D, Pitt M, Taylor B, Gilbert R. Screening injured children for physical abuse or neglect in emergency departments: a systematic review. *Child Care Health Dev.* 2010;36(2):153-164.

Yavuz MS, Buyukyavuz I, Savas C, Ozguner IF, Kupeli A, Asirdizer M. A battered child case with duodenal perforation. *J Forensic Leg Med.* 2008;15(4):259-262.

ANEXOS

ANEXO I

Minutas usadas no contacto com os autores dos artigos.

Minuta 1

Dear Dr. [autor],

I'm a master student in dental medicine at the University of Lisbon presenting a paper on child maltreatment. I'm systematically reviewing published literature and I would like to include an article in which you are author. However, I cannot acquire it. So I would like to ask if you could possibly send me the article "[título do artigo]" published in [ano da publicação].

Thank you for your time and faithfully yours,

Raquel Maria Banheiro.

Minuta 2

Dear Dr. [autor],

I'm a master student in dental medicine at the University of Lisbon presenting a paper on child maltreatment. I'm systematically reviewing published literature and I've included one of your papers ("[título do artigo]" published in [ano da publicação]).

I would like to ask you if you have other papers or if you know any other articles in the child maltreatment area you would recommend?

Thank you for your time and faithfully yours,

Raquel Maria Banheiro.

ANEXO II

Resultados do contacto com os autores dos artigos.

30	Trabalhos após pesquisa na base de dados electrónica e pesquisa manual.
29	Número total de autores a contactar.
11	Número total de autores possíveis de contactar.
6	Número de autores que responderam ao contacto.
12	Número de artigos novos enviados pelos autores.
0	Número de artigos novos “relevantes” ou “possivelmente relevantes”.

ANEXO III

Idioma e origem dos trabalhos utilizados na revisão.

Idioma	Número de trabalhos
Inglês	28
Origem do trabalho	Número de trabalhos
Austrália	1
Brasil	1
China	1
Estados Unidos da América	13
Irão	1
Jordânia	1
Polónia	1
Reino Unido	6
Suíça	1
Turquia	2
Origem da publicação	Número de publicações
Austrália	2
Estados Unidos da América	19
Irão	1
Reino Unido	6

ANEXO IV

Resumo dos casos clínicos

Trabalho	Tipo de publicação	N	Descrição do(s) caso(s)
Sobel, 1983	Relato de caso	1	<p>Idade: quatro anos.</p> <p>Sexo: masculino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: o exame oral e facial revelou abrasões e contusões faciais antigas em cicatrização. Os ferimentos recentes incluíam contusões nos lábios superior e inferior e uma contusão de 3,4 cm no queixo. O exame intraoral revelou laceração da gengiva maxilar anterior e mucosa alveolar. Intrusão do incisivo lateral esquerdo maxilar decíduo. Todas as áreas lesionadas estavam sensíveis. A porção ântero-posterior da mandíbula encontrava-se ligeiramente móvel quando palpada. As radiografias intraorais confirmaram a intrusão do incisivo lateral esquerdo maxilar decíduo e a avulsão do incisivo central esquerdo maxilar decíduo. A radiografia oclusal revelou a fratura da mandíbula entre os incisivos central e lateral. As lesões intraorais foram estabilizadas e o paciente foi encaminhado para um serviço de urgência. O exame físico revelou múltiplas contusões, predominantemente nas costas e no braço direito que variavam de roxo-avermelhado a castanho. Adicionalmente observavam-se lesões circulares, em cicatrização, semelhantes a queimaduras de cigarros em cicatrização, nas palmas de ambas as mãos.</p> <p>Lesões por negligência: presentes (lesões de cárie e pobre higiene oral).</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p>
Grace, 1987	Série de casos	5	<p>Caso 1</p> <p>Idade: dois anos.</p> <p>Sexo: feminino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: Síndrome de Munchausen por procuração. Perfurações bilaterais e posteriores da membrana timpânica quando examinada sob anestesia. A criança foi observada mais três vezes por otorreia sanguinolenta. Outra observação</p>

revelou lacerações em ambas as paredes posteriores dos meatos.

Lesões por negligência: ausentes.

Lesões por abuso sexual: ausentes.

Caso 2

Idade: dezasseis meses.

Sexo: masculino.

Lesões por maus-tratos: Síndrome de Munchausen por procuração. Otorreia sanguinolenta recorrente que resultou em seis internamentos e visitas semanais durante dez meses. Foram notadas perfurações bilaterais das membranas timpânicas e lacerações de ambas as paredes dos meatos anteriores. Durante o internamento os ouvidos da criança sangraram cinco vezes, sempre na presença da mãe. Antes do problema otológico a criança tinha sido avaliada para ferimentos *minor* na cabeça, abrasão do palato duro. Enquanto recebia tratamento, a criança apresentou por um período de quatro meses com ingestão de uma moeda, uma cruz de outro e um rolamento de esferas. Pouco depois do período de “corpo estranho”, a criança foi tratada por uma queimadura extensa do tronco inferior.

Lesões por negligência: ausentes.

Lesões por abuso sexual: ausentes.

Caso 3

Idade: dez meses.

Sexo: feminino.

Lesões por maus-tratos: Síndrome de Munchausen por procuração. Otorreia sanguinolenta do ouvido direito. Em quatro consultas, novas perfurações da membrana timpânica foram observadas e foram vistas lacerações nas paredes dos meatos anterior e posterior. Uma queimadura profunda na mão esquerda que necessitava de internamento para enxerto. Enquanto esteve internada sangrou profusamente do ouvido direito e desenvolveu otorreia cérebro-espinhal. Uma endoscopia que se seguiu a um episódio de hematemese durante o mesmo internamento revelou três lacerações na parede posterior da faringe. Foi recuperado da entrada torácica um alfinete aberto impactado. Um incidente similar aconteceu um mês depois, mas o alfinete já tinha passado para o

			<p>estômago.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p> <p>Caso 4: excluído. Código A3.</p> <p>Caso 5</p> <p>Idade: dezoito meses.</p> <p>Sexo: masculino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: laceração do freio. Teve alta e várias semanas mais tarde foi internado com múltiplas fraturas e lesão intracraniana que causou paragem cardíaca. Durante a ressuscitação o anestesista notou uma perfuração na parede posterior da faringe; numa avaliação posterior, uma sonda entrou na profundidade de 1 cm nessa perfuração.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p>
Reinhart, 1987	Série de casos	4	<p>Caso 1: excluído. Código A3.</p> <p>Caso 2</p> <p>Idade: quinze meses.</p> <p>Sexo: masculino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: o exame revelou extensas contusões no lado esquerdo da face e pescoço, abrasões no lado direito da face e pescoço, uma marca de mordedura no antebraço direito, contusões em ambos os braços, uma queimadura de segundo grau no braço direito, aproximadamente 25 contusões de várias idades no tronco, contusões lineares nas nádegas e outra queimadura antiga na perna esquerda.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: presentes.</p> <p>Caso 3: excluído. Código A3.</p> <p>Caso 4: excluído. Códigos A3 e C3.</p>
Symons, 1987	Série de casos	2	<p>Caso 1: excluído. Código D3.</p>

Caso 2: excluído. Código C3.		
Nazer, 1988	Série de casos	2
<p>Caso 1</p> <p>Idade: quinze meses.</p> <p>Sexo: feminino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: algumas cicatrizes sobre a testa e inchaço no parietal esquerdo de um hematoma diminuído no couro cabeludo. A perna direita estava inchada perto da coxa com deformidade na flexão do joelho direito. A fundoscopia revelou margem turva do disco direito. Os exames radiográficos revelaram múltiplas fraturas do fêmur direito com formação de calo. Havia afrouxamento e elevação do perióstio por hematoma abaixo do perióstio (do fêmur – radiografia à região pélvica e fêmures). A tomografia axial computadorizada do cérebro revelou imagens compatíveis com hematoma subdural crônico ou efusões subdurais.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: presentes.</p> <p>Caso 2</p> <p>Idade: três anos.</p> <p>Sexo: masculino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: múltiplas fraturas do antebraço e inchaços no couro cabeludo. Os exames físico e radiográfico revelaram múltiplas contusões na face, olho esquerdo e peito. Fraturas de ambos os raios de diferentes durações. A radiografia ao tórax revelou fraturas das costelas em vários estágios de cicatrização com formação de hematoma. Hematoma intratorácico e extrapleural também estava presente. A tomografia axial computadorizada do cérebro revelou evidência de hematomas subdurais.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p>		
Carrotte, 1990	Relato de caso	1
<p>Idade: treze anos.</p> <p>Sexo: masculino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: ausência dos oito incisivos permanentes.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p>		
Hobbs, 1990	Série de casos	6
Caso 1		

Idade: nove anos.

Sexo: masculino.

Lesões por maus-tratos: 30-40 contusões na face incluindo olhos, queixo e mandíbula, contusões com formato de dedos no ombro direito, marca de correntes no pulso e contusões nos braços, costas, peito e coxas.

Lesões por negligência: ausentes.

Lesões por abuso sexual: presentes.

Caso 2

Idade: dois anos e meio.

Sexo: masculino.

Lesões por maus-tratos: hemorragia subgaleal extensa e várias contusões na face e tronco, incluindo com padrão de dedos na parte inferior das costas.

Lesões por negligência: ausentes.

Lesões por abuso sexual: presentes.

Caso 3

Idade: seis anos.

Sexo: feminino.

Lesões por maus-tratos: contusões na orelha e bochecha com padrão consistente de estalo.

Lesões por negligência: ausentes.

Lesões por abuso sexual: presentes.

Caso 4: excluído. Código A3.

Caso 5: excluído. Código A3.

Caso 6:

Idade: quatro anos e meio.

Sexo: feminino.

Lesões por maus-tratos: trazida ao departamento de emergência e acidentes com contusões faciais ao redor dos olhos, bochecha, orelha e linha mandibular alegadamente

			<p>por queda das escadas. A história foi aceite e foi permitido que regressasse a casa. Voltou no dia seguinte com contusões no pescoço, peito, por dentro do braço e com uma laceração do lábio superior e arranhões “frescos” de unhas em ambas as coxas.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: presentes.</p>
Manning, 1990	Série de casos	5	<p>Caso 1: excluído. Código D3.</p> <p>Caso 2: excluído. Código D3.</p> <p>Caso 3</p> <p>Idade: dois anos.</p> <p>Sexo: masculino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: história de miringotomia bilateral com inserção de tubos. Otorreia sanguinolenta (síndrome de Munchausen por procuração).</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p> <p>Caso 4: excluído. Códigos A3 e D3.</p> <p>Caso 5: excluído. Códigos A3 e D3.</p>
Willner, 1992	Relato de caso	1	Excluído. Código D3.
Barrett, 1995	Relato de caso	1	<p>Idade: quatro meses.</p> <p>Sexo: feminino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: a história apresentada pelo pai era de que a criança estava sentada numa cadeira de baloiço com uma chupeta na boca. Começou a chorar e depois parou, tendo sido notado que estava em aflição. O pai viu a chupeta na parte de trás da boca e tentou recuperá-la, não tendo sido capaz de a agarrar. A radiografia ao tórax revelou enfisema mediastínico. Sangramento oral; havia contusões e laceração <i>minor</i> à direita no palato mole. A laringoscopia revelou uma laceração na junção faringoesofágica posterior que foi confirmada com o estudo de contraste dos planos de tecidos moles do pescoço. Apesar das lesões dos tecidos moles da boca e da faringe serem consistentes com a tentativa de recuperação da chupeta, a história foi considerada inconsistente porque a idade de desenvolvimento da criança impede-a de conseguir por a chupeta na boca sozinha, sendo, ainda, o diâmetro da manilha superior ao da boca da</p>

			criança. Lesões por negligência: ausentes. Lesões por abuso sexual: ausentes.
Gustavson, 1996	Série de casos	4	<p>Caso 1 Idade: quatro anos. Sexo: feminino. Lesões por maus-tratos: hipotermia. Foram notadas múltiplas contusões na testa, orelha esquerda, parte esquerda do queixo e no meio das costas. Tinha uma pequena laceração no queixo. O estudo radiográfico documentou uma fratura da escápula esquerda que se pensa ter 1 a 2 semanas. Lesões por negligência: ausentes. Lesões por abuso sexual: ausentes.</p> <p>Caso 2 Idade: três anos. Sexo: masculino. Lesões por maus-tratos: Hipotermia. Tinha múltiplas contusões na face, pescoço, costas, abdômen, rabo e genitais. Adicionalmente foram observadas hemorragias retinianas em ambos os olhos e pequenas hemorragias subdurais bilaterais. Lesões por negligência: ausentes. Lesões por abuso sexual: ausentes.</p> <p>Caso 3: excluído. Códigos A3 e C3. Caso 4: excluído. Código A3.</p>
Mossakowska, 1996	Série de casos	6	<p>Caso 1: excluído. Código A3.</p> <p>Caso 2 Idade: dois anos. Sexo: masculino. Lesões por maus-tratos: choque, múltiplos hematomas na face e nádegas. Lacerações na orelha, queimadura no antebraço, um hematoma grande e infectado na cabeça, fratura e osteomielite pós-traumática do braço esquerdo e ausência traumática de dentes.</p>

			<p>Lesões por negligência: ausentes (malnutrição).</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p> <p>Caso 3: excluído. Código A3.</p> <p>Caso 4: excluído. Código A3.</p> <p>Caso 5: excluído. Código A3.</p> <p>Caso 6</p> <p>Idade: três meses.</p> <p>Sexo: masculino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: sangramento nasal, a cabeça e o rosto estavam inchados, havia hematomas no pescoço e o exame radiológico revelou uma fratura linear do crânio.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p>
Kapoor, 1997	Série de casos	6	<p>Caso 1: excluído. Código A3.</p> <p>Caso 2: excluído. Código A3.</p> <p>Caso 3: excluído. Código A3.</p> <p>Caso 4: excluído. Código A3.</p> <p>Caso 5: excluído. Código A3.</p> <p>Caso 6: excluído. Código A3.</p>
Drack, 1999	Série de casos	4	<p>Caso 1: excluído. Código C3.</p> <p>Caso 2</p> <p>Idade: cinco meses.</p> <p>Sexo: masculino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: apneia. A ressonância magnética revelou uma pequena hemorragia subdural direita. A oftalmoscopia indireta revelou hemorragia intrarretiniana no polo posterior do olho direito. Nos exames radiográficos descobriu-se uma fratura antiga de uma costela direita. A criança tinha sido vista duas vezes nas urgências por contusões na face e peito.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p>

			<p>Caso 3</p> <p>Idade: dezassete meses.</p> <p>Sexo: masculino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: convulsão. A ressonância magnética revelou hematoma subdural bilateral, com o coágulo do lado direito significativamente maior que o esquerdo. A oftalmoscopia indireta revelou hemorragias intrarretinianas difusas no polo posterior do olho direito. Estavam presentes pequenas equimoses por cima e por baixo do olho direito e havia contusões na face esquerda e braço direito.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p>
			Caso 4: excluído. Código A3.
Ho, 1999	Série de casos	3	<p>Caso 1</p> <p>Idade: um ano.</p> <p>Sexo: masculino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: queimaduras dérmicas profundas em ambas as bochechas e queixo por vapor de água.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p>
			Casos 2 e 3: excluídos. Código D3.
Leonardi, 1999	Relato de caso	1	Excluído. Código D3.
Ly, 2002	Relato de caso	1	Excluído. Código A3.
Stricker, 2002	Série de casos	2	<p>Caso 1</p> <p>Idade: nove dias.</p> <p>Sexo: masculino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: pequena lesão hemorrágica no palato duro. Inchaço e sensibilidade no braço direito. O exame radiológico revelou os seguintes achados: uma fratura deslocada do eixo do úmero direito com margens indistintas e inchaço dos tecidos moles sugerindo lesão recente; fratura da 10ª e 11ª costelas direitas, bem como da 10ª costela esquerda com formação moderada de calo com idade estimada de 2-3</p>

			<p>semanas; fraturas cranianas bilaterais dos ossos parietais. A tomografia computadorizada revelou as fraturas parietais, bem como hemorragias subdurais e leucoencefalomalácia frontal simétrica.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p> <p>Caso 2</p> <p>Idade: 4 meses.</p> <p>Sexo: masculino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: escoriações da pele do tórax desde a primeira semana. Hemorragia oral aos 2 e 3 meses. O exame físico da criança revelou contusões de cores diferentes, bem como escoriações eritematosas da pele. Aos 8 meses o menino foi trazido ao departamento de emergência pediátrica apresentando sangramento nasal e múltiplas contusões no couro cabeludo e face. Os exames radiológicos e tomografia computadorizada não revelaram outras lesões.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p>
Spitzer, 2005	Série de casos	3	<p>Caso 1</p> <p>Idade: cinco semanas.</p> <p>Sexo: feminino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: duas hemorragias subconjuntivais grandes nasal e inferiormente a cada olho. Das pequenas petéquias faciais na bochecha direita, bem como uma pequena equimose abdominal periumbilical. Três semanas mais tarde a criança foi vista na mesma unidade e a repetição do raio-x ao tórax revelou fraturas em cicatrização da 6ª, 7ª e 8ª costelas direitas e da 5ª, 6ª, 7ª e 8ª costelas esquerdas.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p> <p>Caso 2</p> <p>Idade: cinco meses.</p> <p>Sexo: masculino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: hemorragias subconjuntivais grandes e bilaterais, envolvendo a</p>

			<p>maioria da parte inferior da conjuntiva. Contusões com a forma de uma mão foram notadas nas costas, ligeiramente superior a uma mancha mongólica congênita. Os exames radiográficos revelaram oito fraturas das costelas em diferentes estádios de cicatrização.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p> <p>Caso 3</p> <p>Idade: cinco meses.</p> <p>Sexo: feminino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: fratura distal do fêmur esquerdo, fratura incompleta distal metafisária da tibia esquerda e contusões no rabo. Hemorragia subconjuntival esquerda em resolução.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p>
Krugman, 2007	Série de casos	4	<p>Caso 1: excluído. Código A3.</p> <p>Caso 2</p> <p>Idade: quatro meses e meio.</p> <p>Sexo: masculino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: laceração da faringe posterior. A tomografia computadorizada revelou lesões cerebrais por hipoxia. Os exames radiográficos revelaram fraturas bilaterais em cicatrização das costelas (direitas 2ª-8ª e esquerdas 6ª-8ª) com cerca de 1 mês.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p> <p>Caso 3</p> <p>Idade: três meses e meio.</p> <p>Sexo: feminino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: bebê cianótica até à remoção do toalhete. Uma laceração no pavimento bucal, bem como escoriações e lacerações da hipofaringe. O exame</p>

			<p>radiográfico revelou uma radiolucência fina sobre um dos ossos parietais - uma possível fratura pequena e linear do crânio.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p>
Martin, 2007	Relato de caso	1	<p>Caso 4: excluído. Código C3.</p> <p>Idade: dois anos.</p> <p>Sexo: feminino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: abdômen agudo. Hematoma medindo entre 1 a 1,5 cm no lado direito da testa e uma laceração de 2 mm na ponte nasal. Os achados operatórios incluíram hematoma duodenal, pequena perfuração do intestino delgado, avulsão do mesentério do intestino delgado e contusão do rim direito.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p>
Yavuz, 2008	Relato de caso	1	<p>Idade: vinte e oito meses.</p> <p>Sexo: masculino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: queixa principal de febre, numa primeira observação. Várias equimoses traumáticas recentes vermelho-arroxeadas na face e braço esquerdo. Foi diagnosticada meningite e instituída terapêutica antibiótica.</p> <p>A criança foi transportada para o hospital um dia devido a vômitos, dor abdominal e abdômen distendido, silencioso e sensível, com percepção de fluidos no raio-x abdominal direto. A ultrassonografia abdominal revelou alças intestinais distendidas preenchidas com fluido e o raio-x ao tórax revelou uma fratura antiga da 9ª costela direita. A laparotomia de emergência revelou a ruptura completa da junção da terceira e quarta partes do duodeno, várias regiões hemorrágicas nas alças intestinais e uma coleção intra-abdominal de bÍlis.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p>
Pierce, 2009	Série de casos	3	<p>Caso 1: excluído. Códigos A3 e D3.</p> <p>Caso 2: excluído. Código A3.</p> <p>Caso 3: excluído. Códigos A3 e D3.</p>
Kondolot, 2011	Relato de caso	1	<p>Idade: trinta meses.</p>

			<p>Sexo: masculino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: doente letárgico; em choque. Múltiplas equimoses de 1 a 3 cm e em vários estádios de cicatrização na face (à esquerda no osso frontal, bochechas esquerda e direita e queixo), ombro esquerdo, tórax, costas, abdômen, superiormente à região púbica e em ambas as extremidades inferiores (parte interior da coxa direita, parte anterior da coxa esquerda, parte interna do joelho esquerdo, regiões pré-tibiais bilateralmente e tornozelo esquerdo). Tinha algumas abrasões na bochecha esquerda e queixo que se assemelhavam a arranhões. O exame abdominal revelou um abdômen distendido e sensível sem sons intestinais. O estudo radiográfico revelou uma fratura linear do osso occipital.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p>
Skarbek-Borowska, 2011	Série de casos	2	<p>Caso 1</p> <p>Idade: nove meses.</p> <p>Sexo: feminino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: inchaço periorbital esquerdo. A paciente tinha sido visto uma semana antes para drenagem do olho esquerdo devido a inchaço, tendo sido diagnosticada conjuntivite. Foi encaminhada para uma clinica de oftalmologia onde se diagnosticou rutura do globo esquerdo. O oftalmologista acompanhou a paciente à urgência hospitalar, onde o exame ao olho esquerdo revelou quemose, hemorragia subconjuntival e 100% hifema. A tomografia computadorizada maxilofacial revelou hemorragia intraocular e edema dos tecidos moles periorbitais esquerdos. A tomografia computadorizada à cabeça/encéfalo revelou alargamento das suturas sugerindo a possibilidade de aumento da pressão intracraniana, fratura occipital direita, fissuras ou fraturas parietais bilaterais, pequena quantidade de tecidos moles edemaciados, hemorragia intraocular esquerda e edema dos tecidos periorbitais esquerdos. Os exames radiográficos revelaram fraturas praticamente cicatrizadas da 3ª à 6ª costelas, fraturas da metáfise umeral esquerda e fraturas bilaterais distais das metáfises tibiais.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p> <p>Caso 2</p>

			<p>Idade: catorze meses.</p> <p>Sexo: feminino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: lesão do olho direito e história de vômitos. Edema periorbital significativo no olho direito. Hemorragia subconjuntival extensa e quemose, abrasão da córnea e 100% de hifema. Abrasão linear de 2 cm na parte superior esquerda do tórax. História de fraturas bilaterais tibiais em espiral à idade de oito meses.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p>
Gharib, 2012	Relato de caso	1	<p>Idade: quatro anos.</p> <p>Sexo: masculino.</p> <p>Lesões por maus-tratos: várias feridas de esfaqueamento nas costas, peito, cabeça e face. Oito feridas de facadas nas costas, três no peito, um corte de 0,5 cm na orelha esquerda, um corte de 3 cm na testa e uma fenda de 2 cm no lado esquerdo da face. Dor abdominal e sensibilidade leve.</p> <p>Lesões por negligência: ausentes.</p> <p>Lesões por abuso sexual: ausentes.</p>

ANEXO V

Resumo das revisões sistemáticas

Trabalho	Tipo de publicação	N	Descrição das revisões sistemáticas
Maguire, 2005	Revisão sistemática	23	<p>Objetivo e métodos</p> <p>Identificar que padrões de lesão são diagnóstico ou sugestivas de maus-tratos infantis por meio de uma revisão sistemática.</p> <p>Pesquisa bibliográfica em todas as línguas, de 1951-2004. Incluídos estudos que definiram padrões de lesão em crianças maltratadas e não maltratadas (< 18 anos). Excluídos: prática pessoal, artigos de revisão, relatos de um só caso clínico, confirmação inadequada de abuso. Os estudos foram classificados pelo desenho do estudo e pela definição de abuso usados.</p> <p>Resultados</p> <p>Foram incluídos 23 estudos: 7 artigos abordavam padrões de lesão em crianças não maltratadas, 14 discutiam lesões por maus-tratos e 2 artigos comparavam ambos.</p> <p>Lesões em crianças não maltratadas:</p> <p>O contexto socioeconómico foi notado em sete artigos, não havendo diferença nas lesões em crianças de diferentes grupos económicos.</p> <p>Apesar de ter sido registada a etnicidade em vários estudos, os dados só foram fornecidos em dois; estando a minoria étnica populacional subrepresentada em ambos os artigos.</p> <p>Combinando os dados dos estudos onde o sexo é reportado, não existem diferenças significativas no género.</p> <p>As lesões foram caracteristicamente pequenas.</p> <p>A prevalência e o valor médio das lesões aumentou com a idade. Lesões em bebés sem mobilidade independente são muito incomuns.</p> <p>À medida que a mobilidade da criança se desenvolve, a prevalência de lesões na parte inferior das pernas aumenta. Sendo os sítios de lesão mais comuns em crianças não maltratadas que andam os joelhos e as canelas.</p>

Em algumas áreas do corpo as lesões foram incomuns. Estas localizações incluíam as costas, nádegas, antebraço, face, abdômen ou anca, parte de cima do braço, perna posterior ou pé.

Lesões em crianças maltratadas:

As lesões em crianças maltratadas são comuns. Podem ocorrer nos tecidos moles. Podem ser lesões recentes ou mais antigas.

O comprimento medido das lesões é maior nas crianças maltratadas.

Os estudos que referiam a distribuição das lesões confirmavam que a cabeça era o sítio mais comum.

Uma característica comum nas crianças maltratadas são os aglomerados de lesões. Lesões com frequência defensivas. Lesões que muitas vezes carregam a marca do instrumento usado.

Discussão

A partir da literatura foi possível identificar diferenças entre as lesões acidentais e aquelas que são vistas nos maus-tratos.

As lesões em bebés sem mobilidade independente são muito incomuns (<1%). Enquanto a maioria das crianças em idade pré-escolar e escolar apresentam lesões acidentais, perto de 17% das crianças que gatinham apresentam lesões. Essas lesões são caracteristicamente pequenas e sobre proeminências ósseas na parte frontal do corpo, onde é provável que correspondam a quedas, a causa mais comum de lesão em crianças. A prevalência, número e localização das lesões estão diretamente relacionadas com o desenvolvimento motor.

Qualquer parte do corpo é vulnerável a lesões por maus-tratos. As lesões estão localizadas longe das proeminências ósseas. O rabo, costas, tronco e braços são também localizações comuns de lesão. As lesões abusivas são frequentemente maiores, comumente múltiplas e observam-se em aglomerados. Estão frequentemente associadas a lesões que podem ser mais velhas. Algumas lesões podem conter a impressão da arma usada.

Com a exceção de uma lesão que carrega a impressão do instrumento usado ou de múltiplas lesões com formato regular, existem poucos padrões de lesão que alcançam significância no diagnóstico.

É essencial avaliar por completo os quadros clínico e social e notar o nível de desenvolvimento da criança.

Todas as lesões devem ser interpretadas no contexto da explicação dada.

Determinar a probabilidade da laceração do freio labial ser causada por maus-tratos e definir que outras lesões intra-orais são observadas nos maus-tratos infantis por meio de uma revisão sistemática.

Pesquisa bibliográfica em todas as línguas de artigos de investigação, resumos de conferências, sítios na internet e referências em todos os artigos identificados, incluindo artigos de revisão e livros técnicos relevantes de 1950 a 2006. Os artigos foram rastreados para dupla publicação e relevância. Os autores foram contactados quando necessário. Os estudos resultantes foram avaliados por um painel de 31 pessoas: pediatras, profissionais de saúde infantil, odontopediatras ou dentistas forenses. Todos os estudos foram avaliados por dois revisores independentes e por um terceiro se disputados. Foram usados critérios padronizados para a definição dos estudos, extração de dados e avaliação crítica.

Resultados

Dos 154 estudos revistos, 19 preenchiam os critérios de inclusão, o que representa informação sobre 591 crianças. Não havia estudos transversais comparativos ou estudos caso-controlo para a laceração do freio labial por forma a que a probabilidade de maus-tratos pudesse ser determinada por esta lesão. À semelhança, não havia estudos que comparassem as características de outras lesões intra-orais acidentais ou intencionais.

Lesões abusivas intra-orais:

As lesões mais comumente relatadas da boca foram a laceração ou contusão dos lábios. As lesões remanescentes incluíram lacerações da mucosa, trauma dentário (fraturas, intrusão e extração forçada), lesões na língua e gengivas.

Discussão

Este estudo confirma que as lesões intraorais ocorrem num número significativo de crianças que foram maltratadas. As lesões são amplamente distribuídas, nos lábios, mucosa, língua e palato, e incluem fraturas, intrusões e extração de dentes, contusões, lacerações e marcas de mordedura. Não existem estudos que definam a incidência da laceração do freio labial em crianças maltratadas e nenhum que compare o ferimento em crianças maltratadas e não maltratadas. É impossível, portanto, atribuir uma probabilidade de maus-tratos para uma laceração do freio-labial. A laceração do freio labial é descrita predominantemente em crianças de idade pré-escolar alvo de graves maus-tratos, sendo a maioria dos casos fatal, com

extensas lesões associadas. A única causa substancial de laceração do freio labial foi o golpe direto. Não foram encontrados registos de alimentação forçada, torção ou esfregaço que pudessem causar a lesão. A literatura menciona uma laceração do freio labial não abusiva, pelo que a laceração do freio isolada não pode ser descrita como patognomónica de maus-tratos.

O diagnóstico de maus-tratos não deve basear-se numa só lesão, mas encontrado no contexto da história médica, social e do desenvolvimento da criança e da explicação dada para a lesão. É importante quando se avalia a possibilidade de laceração do freio labial considerar anormalidades congénitas como diastema da linha média, freio hipertrófico em associação com a síndrome da hipoplasia esquerda do coração, freios múltiplos e outras síndromes cardíacas congénitas como a Ellis-van Creveld ou Pallister-Hall.

A lesão abusiva mais frequentemente relatada na boca é a lesão dos lábios.

ANEXO VI

Tabelas de frequências da distribuição das lesões e resumo do teste de hipótese

Tabela de frequência: lesões faciais

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido ausente	5	14,3	14,3	14,3
presente	30	85,7	85,7	100,0
Total	35	100,0	100,0	

“Válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: lesões da cabeça

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	29	82,9	82,9	82,9
1	6	17,1	17,1	100,0
Total	35	100,0	100,0	

“Válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: lesões do pescoço

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	32	91,4	91,4	91,4
1	3	8,6	8,6	100,0
Total	35	100,0	100,0	

“Válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: lesões intraorais

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	26	74,3	74,3	74,3
1	9	25,7	25,7	100,0
Total	35	100,0	100,0	

“Válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Resumo do teste de hipótese (H0: as distribuições das lesões faciais, lesões da cabeça, lesões do pescoço e lesões intraorais são as mesmas)

Resumo de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	As distribuições de lesoes_faciais, lesoes_cabeca, lesoes_pescoco and lesoes_intraorais são as mesmas.	Teste Q de Cochran de Amostras Relacionadas	,000	Rejeitar a hipótese nula.
São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.				

ANEXO VII

Tabelas de frequências da distribuição lesões intraorais e resumo do teste de hipótese

Tabela de frequências: contusões nos lábios

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	8	88,9	88,9	88,9
1	1	11,1	11,1	100,0
Total	9	100,0	100,0	

“Válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: laceração da gengiva

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	8	88,9	88,9	88,9
1	1	11,1	11,1	100,0
Total	9	100,0	100,0	

“Válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: laceração da mucosa alveolar

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	8	88,9	88,9	88,9
1	1	11,1	11,1	100,0
Total	9	100,0	100,0	

“Válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: avulsão de dentes

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	8	88,9	88,9	88,9
1	1	11,1	11,1	100,0
Total	9	100,0	100,0	

“Válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: intrusão de dentes

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	8	88,9	88,9	88,9
1	1	11,1	11,1	100,0
Total	9	100,0	100,0	

“Válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: escoriação do palato duro

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	7	77,8	77,8	77,8
1	2	22,2	22,2	100,0
Total	9	100,0	100,0	

“Válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: laceração do freio

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	8	88,9	88,9	88,9
1	1	11,1	11,1	100,0
Total	9	100,0	100,0	

“Válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: perfuração da faringe

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	8	88,9	88,9	88,9
1	1	11,1	11,1	100,0
Total	9	100,0	100,0	

“Válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: laceração da faringe

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	5	55,6	55,6	55,6
1	4	44,4	44,4	100,0
Total	9	100,0	100,0	

“Válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: laceração do palato mole

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	8	88,9	88,9	88,9
1	1	11,1	11,1	100,0
Total	9	100,0	100,0	

“Válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: contusão do palato mole

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	8	88,9	88,9	88,9
1	1	11,1	11,1	100,0
Total	9	100,0	100,0	

“Válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: hemorragia oral

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	8	88,9	88,9	88,9
1	1	11,1	11,1	100,0
Total	9	100,0	100,0	

“Válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: laceração do pavimento bucal

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	8	88,9	88,9	88,9
1	1	11,1	11,1	100,0
Total	9	100,0	100,0	

“Válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: escoriação da faringe

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	8	88,9	88,9	88,9
1	1	11,1	11,1	100,0
Total	9	100,0	100,0	

“Válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: ausência traumática de dentes

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	8	88,9	88,9	88,9
1	1	11,1	11,1	100,0
Total	9	100,0	100,0	

“Válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Resumo do teste de hipótese (H0: as distribuições das contusões nos lábios, laceração da gengiva, laceração da mucosa alveolar, avulsão de dentes, intrusão de dentes, escoriação do palato duro, laceração do freio, perfuração da faringe, laceração da faringe, laceração do palato mole, contusão do palato mole, hemorragia oral, laceração do pavimento bucal, escoriação da faringe e ausência traumática de dentes são as mesmas)

Resumo de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	As distribuições de contusoes_nos_labios, laceracao_da_gengiva, laceracao_da_mucosa_alveolar, avulsao_de_dentes, Intrusao_de_dentes, escoriacao_do_palato_duro, laceracao_do_freio, perfuracao_da_faringe, laceracao_da_faringe, laceracao_do_palato_mole, contusao_do_palato_mole, hemorragia_oral, laceracao_do_pavimento_bucal, escoriacao_da_faringe and ausencia_traumatica_de_dentes são as mesmas.	Teste Q de Cochran de Amostras Relacionadas	,881	Reter a hipótese nula.
São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05				

ANEXO VIII

Tabelas de frequências da distribuição dos tipos de lesões descritos e resumo do teste de hipótese

Tabela de frequência: ausência traumática de dentes

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	34	97,1	97,1	97,1
1	1	2,9	2,9	100,0
Total	35	100,0	100,0	

“válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: avulsões (dentárias)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	34	97,1	97,1	97,1
1	1	2,9	2,9	100,0
Total	35	100,0	100,0	

“válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: intrusões (dentárias)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	34	97,1	97,1	97,1
1	1	2,9	2,9	100,0
Total	35	100,0	100,0	

“válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: petéquias

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	34	97,1	97,1	97,1
1	1	2,9	2,9	100,0
Total	35	100,0	100,0	

“válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: equimoses

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	32	91,4	91,4	91,4
1	3	8,6	8,6	100,0
Total	35	100,0	100,0	

“válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: contusões

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	21	60,0	60,0	60,0
1	14	40,0	40,0	100,0
Total	35	100,0	100,0	

“válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: lacerações

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	24	68,6	68,6	68,6
1	11	31,4	31,4	100,0
Total	35	100,0	100,0	

“válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: hematomas

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	32	91,4	91,4	91,4
1	3	8,6	8,6	100,0
Total	35	100,0	100,0	

“válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: edema

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	31	88,6	88,6	88,6
1	4	11,4	11,4	100,0
Total	35	100,0	100,0	

“válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: cicatrizes

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	34	97,1	97,1	97,1
1	1	2,9	2,9	100,0
Total	35	100,0	100,0	

“válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: queimaduras

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	34	97,1	97,1	97,1
1	1	2,9	2,9	100,0
Total	35	100,0	100,0	

“válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: hemorragias subconjuntivais

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	31	88,6	88,6	88,6
1	4	11,4	11,4	100,0
Total	35	100,0	100,0	

Tabela de frequência: “válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: quemose

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	33	94,3	94,3	94,3
1	2	5,7	5,7	100,0
Total	35	100,0	100,0	

“válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: hifema

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	33	94,3	94,3	94,3
1	2	5,7	5,7	100,0
Total	35	100,0	100,0	

“Válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: hemorragias orais

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	32	91,4	91,4	91,4
1	3	8,6	8,6	100,0
Total	35	100,0	100,0	

“Válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: hemorragias nasais

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	32	91,4	91,4	91,4
1	3	8,6	8,6	100,0
Total	35	100,0	100,0	

“Válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Tabela de frequência: otorreia sanguinolenta

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido 0	31	88,6	88,6	88,6
1	4	11,4	11,4	100,0
Total	35	100,0	100,0	

“Válido 0” – ausente; “válido 1” – presente.

Resumo do teste de hipótese (H0: as distribuições da ausência traumática de dentes, avulsões, intrusões, petéquias, equimoses, contusões, lacerações, perfurações, escoriações, hematomas, edema, cicatrizes, queimaduras, hemorragias subconjuntivais, quemose, hifema, hemorragias orais, hemorragias nasais e otorreia sanguinolenta são as mesmas)

Resumo de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	As distribuições de ausencia_traumatica_dentes, avulsoes, intrusoes, petéquias, equimoses, contusoes, laceracoes, perfuracoes, escoriacoes, hematomas, edema, cicatrizes, queimaduras, hemorragias_subconjuntivais, quemose, hifema, hemorragias_orais, hemorragias_nasais and otorreia_sanguinolenta são as mesmas.	Teste Q de Cochran de Amostras Relacionadas	,000	Rejeitar a hipótese nula.
São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.				

ANEXO IX

Resumos de testes de hipóteses aplicados

Resumo do teste de hipótese (H0: as distribuições de ausência traumática de dentes, avulsões e intrusões são as mesmas)

Resumo de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	As distribuições de ausencia_traumatica_dentes, avulsões and intrusoes são as mesmas.	Teste Q de Cochran de Amostras Relacionadas	1,000	Reter a hipótese nula.
São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,0				

Resumo do teste de hipótese (H0: as distribuições de diferentes valores entre avulsões e intrusões são igualmente prováveis)

Resumo de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	As distribuições de diferentes valores entre avulsões e intrusões são igualmente prováveis.	Teste de McNemar de Amostras Relacionadas	1,000 ¹	Reter a hipótese nula.
São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.				
¹ A exata significância é exibida para este teste.				

Resumo do teste de hipótese (H0: as distribuições de diferentes valores entre petéquias e equimoses são igualmente prováveis)

Resumo de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	As distribuições de diferentes valores entre petéquias e equimoses são igualmente prováveis.	Teste de McNemar de Amostras Relacionadas	,625 ^a	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é

^aA exata significância é exibida para este teste.

Resumo do teste de hipótese (H0: a probabilidade de estarem presentes contusões ou de não estarem presentes contusões é 0,5)

Resumo de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	As categorias definidas por contusoes = 1,000 e 0,000 ocorrem de Uma com probabilidades 0,5 e 0,5.	Teste Binomial Amostras	,310	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

Resumo do teste de hipótese (H0: as distribuições de lacerações, perfurações e escoriações são as mesmas)

Resumo de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	As distribuições de laceracoes, perfuracoes and escoriacoes são as mesmas.	Teste Q de Cochran de Amostras Relacionadas	,030	Rejeitar a hipótese nula.
São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.				

Resumo do teste de hipótese (H0: a probabilidade de estarem presentes hematomas ou de não estarem presentes hematomas é 0,5)

Resumo de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	As categorias definidas por hematomas = 0,000 e 1,000 ocorrem com probabilidades 0,5 e 0,5.	Teste Binomial de Uma Amostra	,000	Rejeitar a hipótese nula.
São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.				

Resumo do teste de hipótese (H_0 : a probabilidade de estar presente edema ou de não estar presente edema é 0,5)

Resumo de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	As categorias definidas por edema = 0,000 e 1,000 ocorrem com probabilidades 0,5 e 0,5.	Teste Binomial de Uma Amostra	,000	Rejeitar a hipótese nula.
São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.				

Resumo do teste de hipótese (H_0 : as distribuições de diferentes valores entre cicatrizes e queimaduras são iguais)

Resumo de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	As distribuições de diferentes valores entre cicatrizes e queimaduras são igualmente prováveis.	Teste de McNemar de Amostras Relacionadas	1,000 ¹	Rejeitar a hipótese nula.
São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é				
¹ A exata significância é exibida para este teste.				

Resumo do teste de hipótese (H0: as distribuições de hemorragias subconjuntivais, quemose, hifema, hemorragias orais, hemorragias nasais e otorreia sanguinolenta são as mesmas)

Resumo de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	As distribuições de hemorragias_subconjuntivais, quemose, hifema, hemorragias_orais, hemorragias_nasais and otorreia_sanguinolenta são as mesmas.	Teste Q de Cochran de Amostras Relacionadas	,904	Reter a hipótese nula.
São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,				